

**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**Ganhos em Saúde no Trabalho de Parto com a
Promoção da Atividade Física na Gravidez**

Nélia Sofia Serôdio da Silva

Lisboa

2018



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio


**Ganhos em Saúde no Trabalho de Parto com a
Promoção da Atividade Física na Gravidez**

Nélia Sofia Serôdio da Silva

Orientador: Maria Teresa Félix

**Lisboa
2018**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“The whole point of woman-centered birth is the knowledge that a woman is the birth power source. She may need, and deserve, help, but in essence, she always had, currently has, and will have the power”.

Heather McCue

À minha família e entes queridos que tiveram um papel fundamental e me apoiaram nesta fase, à professora Maria Teresa Félix e à Dra Rita Santos Rocha pela orientação que me deram ao longo do desenvolvimento deste projeto e, aos demais, que me apoiaram e ajudaram a chegar a bom porto.

LISTA DE SIGLAS E/ OU ACRÓNIMOS

ACOG – *The American Congress of Obstetricians and Gynecologists*

ACSM – *American College of Sports and Medicine*

AF – Atividade física

ANOVA – *Analysis of Variance*

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

AV – Atividade(s) de Vida

BP – Bloco de Partos

bmp – batimentos por minuto

CINAHL - *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CTG – Cardiotocograma

DGS – Direção-Geral da Saúde

EBSCO – *Elton B. Stephens Company*

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ER – Estágio com Relatório

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAME – *Federación de Asociaciones de Matronas de España*

FC – frequência cardíaca

ICM – *International Confederation of Midwives*

IG – Idade Gestacional

IMC – Índice de massa corporal

JBI – *The Joanna Briggs Institute*

Kg – quilogramas

Medline- *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

mg – miligramas

mmHg – milímetros de mercúrio

OMS – Organização Mundial da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PARmed-X - *Physical activity readiness medical examination*

POMS – *The Profile of Mood States*

PPAQ – *Pregnancy Physical Activity Questionnaire*

RCT – *Randomized controlled trial*

RCEEEESMOG – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

RN – Recém-nascido

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SR – *Scoping Review*

STAI – *State-Trait Anxiety Inventory*

SUOG – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

UI – Unidades internacionais

TP – Trabalho de Parto

RESUMO

O Relatório de Estágio pretende apresentar resumidamente, a aprendizagem construída ao longo do Estágio com Relatório. Dá um *insight* de como foram atingidos os objetivos para o desenvolvimento de competências de EEESMO, a nível dos cuidados a prestar à mulher/recém-nascido/família e comunidade durante os quatro estádios do trabalho de parto e, períodos pré-natal e pós-natal, utilizando metodologia científica, mobilizando e integrando conhecimentos provenientes da evidência científica. Permite ainda dar a conhecer as competências desenvolvidas, inerentes ao Grau de Mestre.

Para fundamentar a prática baseada na evidência relativamente ao tema “Ganhos em Saúde no Trabalho de Parto com a Promoção da Atividade Física na Gravidez” foi realizada uma *Scoping Review*, onde se mapearam os benefícios da prática de atividade física durante a gravidez para o trabalho de parto. Foram desenvolvidos e analisados os cuidados prestados, fundamentados nos resultados da evidência científica e norteados pelo modelo concetual de Roper, Logan e Tierney, que permite uma visão global de como uma grávida, sob a influência de diversos fatores, desenvolve as suas Atividades de Vida nesta etapa de vida.

Os resultados da prática de cuidados não foram totalmente ao encontro dos resultados obtidos na *Scoping Review*, sendo contraditórios relativamente à duração do primeiro estágio do trabalho de parto e à incidência de períneo intacto, que é mais elevada no grupo de mulheres que não praticaram atividade física durante a gravidez, podendo este facto estar associado a não ter sido uma prática supervisionada, entre outros fatores. Não obstante, o EEESMO deve estar sensibilizado para a capacitação da grávida para o desenvolvimento da Atividade de Vida Mobilidade, por ser promotora de hábitos de vida saudáveis e, produzir ganhos em saúde durante a gravidez e para o trabalho de parto.

Palavras-chave: atividade física, gravidez, ganhos em saúde, trabalho de parto.

ABSTRACT

This Internship Report aims to briefly present the knowledge built during the Internship with Report. It offers an insight into how the objectives to acquire the competences of a Specialized Nurse in Maternal Health and Obstetric Nursing were fulfilled, when it comes to the care that must be provided to women/newborns/family and community during the four stages of labor and pre and post natal periods, using scientific methodology, mobilizing and integrating knowledge from scientific evidence. It also aims to demonstrate the competences developed, inherent to a Master's Degree.

To support the practice based on evidence on the subject "Health Gains in Labor with Promotion of Physical Activity during Pregnancy", a Scoping Review of scientific proof was undertaken, which sought to map the benefits of physical activity during pregnancy, during labor. Nursing care was developed and analysed, based on the results of the scientific evidence and guided under Roper, Logan and Tierney's conceptual model. This model allows to achieve a global vision of how a pregnant woman influenced by many factors, experiences and develops their Life Activities in this stage of life.

The analysis of practical care was not totally aligned with the results obtained with the Scoping Review, being contradictory in relation to duration of first stage of labor and the incidence of intact perineum, that is higher in the group of women who didn't practice physical activity during pregnancy. This may be associated with an unsupervised practice of physical activity, among other factors. Nevertheless, the Specialized Nurse in Maternal Health and Obstetric Nursing must be aware of the importance of the empowerment of pregnant women for the development of the Mobility Life Activity, since it promotes healthy life styles and it produces health gains, not only during pregnancy, but also during labor.

Keywords: physical activity, pregnancy, health gains, labor.

ÍNDICE

| | <i>pág.</i> |
|---|-------------|
| INTRODUÇÃO | 13 |
| 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL | 16 |
| 1.1. Atividade Física durante a gravidez | 17 |
| 1.2. Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney | 18 |
| 2. PLANO DE TRABALHO | 20 |
| 2.1. Metodologia para a Revisão da Literatura | 20 |
| 2.2. Metodologia para a Prática de Cuidados no Contexto de Estágio | 22 |
| 3. RESULTADOS DA APRENDIZAGEM..... | 24 |
| 3.1. Da Revisão da Literatura | 24 |
| 3.2. Da Prática de Cuidados no Contexto de Estágio | 29 |
| 3.2.1. Cuida da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal | 30 |
| 3.2.2. Cuida da mulher inserida na família e na comunidade durante o trabalho de parto | 34 |
| 3.2.3. Cuida da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pós-natal | 49 |
| 3.2.4. Ganhos em Saúde no Trabalho de Parto com a Promoção da Atividade Física na Gravidez..... | 51 |
| 4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | 59 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E LIMITAÇÕES | 61 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | |

ANEXOS

Anexo 1 – Profile of Moods States

APÊNDICES

Apêndice 1 – Diagrama de Pesquisa dos Artigos

Apêndice 2 – Extração de Dados dos Artigos Selecionados

Apêndice 3 – Instrumento de Registo da Prática de Cuidados

Apêndice 4 – Materiais de Apoio construídos no Ensino Clínico III

Apêndice 5 – Folheto Atividade Física no Pós-parto

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | <i>pág.</i> |
|--|-------------|
| Gráfico 1. Distribuição, por parturiente, da duração semanal, em minutos, da AV mobilidade | 53 |
| Gráfico 2. Benefícios resultantes da prática de atividade física durante a gravidez, referidos pelas parturientes | 57 |

ÍNDICE DE QUADROS

| | <i>pág.</i> |
|---|-------------|
| Quadro 1. Exemplos de Atividades Físicas Seguras e Não Seguras durante a Gravidez de Baixo Risco (adaptado e traduzido de ACOG, 2015)..... | 18 |
| Quadro 2. Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney (fonte: Marriner-Tomey & Alligood, 2004)..... | 19 |
| Quadro 3. Estratégias para o aumento da adesão da prática de Atividade Física no Pós-parto (adaptado de Lowdermilk & Perry, 2008) | 40 |

INTRODUÇÃO

Com o culminar do 7º Curso de Mestrado/Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia e também, do ER, surge a realização do Relatório de Estágio, cuja finalidade é apresentar, toda a aprendizagem realizada ao longo do Curso e, do ER.

O ER teve uma duração total de 750 horas, sendo 500 horas de Estágio, 25 horas de Orientação Tutorial e as restantes, de trabalho autónomo. Foi realizado entre 20 de Fevereiro e 09 de Julho de 2017, no BP integrado no SUOG de um hospital da área de Lisboa.

O EEESMO deve assumir a responsabilidade pela prestação de cuidados especializados nas áreas de planeamento familiar e pré-concepcional, gravidez, TP, puerpério, climatério, processos de saúde/doença e na comunidade. Assume no seu exercício profissional, intervenções autónomas em situações de baixo risco, ou seja, aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais ao longo do ciclo reprodutivo da mulher e ainda, intervenções autónomas e interdependentes em situações de médio e alto risco, situações em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (Lei nº 127/2011).

No ER, pretende-se que sejam adquiridas competências de enfermeiro especialista, a nível dos cuidados à mulher/RN/família e comunidade durante os quatro estádios do TP, períodos pré e pós-natal, utilizando metodologia científica, mobilizando e integrando conhecimentos provenientes da evidência científica, para intervir e refletir acerca de situações complexas, como é consignado no RCEEEESMOG da OE (2011).

Também a ICM, explana as competências que o EEESMO deve adquirir para poder ser considerado especialista. A nível do ER, é pretendido que o estudante do CMESMO demonstre adquiridas as Competências 1, 4, 5 e 6, referentes à detenção do conhecimento e aptidões em Obstetrícia, Neonatologia,

Ciências Sociais, Saúde Pública e Ética que formam a base da prestação de cuidados à mulher/RN/família, de alta qualidade, culturalmente sensíveis, durante o TP, agindo de forma eficiente e eficaz em situações de emergência, no pós-parto imediato e nos cuidados ao RN (ICM, 2010, *Revised* 2013).

Simultaneamente, é pretendido que sejam adquiridas, competências inerentes ao Grau de Mestre, ou seja, capacidade de análise, aquisição de conhecimentos que sustentam a prática de Enfermagem, nas suas dimensões ética, política, histórica, social e económica e ainda, desenvolva a compreensão aprofundada do discurso atual sobre saúde, doença e cuidar/tratar (ESEL, 2014).

Ao longo do ER, foi operacionalizado o Projeto e iniciado o Relatório de Estágio, descrevendo e analisando os dados decorrentes dos cuidados prestados durante a interação com as parturientes, bem como as competências desenvolvidas, de modo a posteriormente, apresentar e defender o relatório, em discussão pública. Previamente foi redigido um Projeto de Estágio, onde foram traçadas as linhas orientadoras para o seu desenvolvimento. Foi escolhido o tema, com base no interesse e paixão nutridos pela prática de AF e, na chamada de atenção acerca da falta de informação disponível sobre a prática de AF durante a gravidez e, planeadas as ações a desenvolver para nortear o meu percurso formativo. O tema, foi analisado e amadurecido, até chegar ao seu formato final, “Ganhos em Saúde no Trabalho de Parto com a Promoção da Atividade Física na Gravidez”.

O modelo conceptual de Roper, Logan e Tierney (1995), mostrou ser o mais adequado para implementar na prática de cuidados especializada, visto permitir uma visão sistematizada de como a grávida vivencia e desenvolve as suas AV, considerando que se encontra sob a influência de diversos fatores e, condicionada pelas dependências próprias de uma mulher grávida.

A AV *mobilidade* é descrita por Roper, Logan e Tierney como sendo a AV que “inclui o movimento produzido por grupos de grandes músculos (...), assim como grupos de pequenos músculos” (1995, p.28). Esta definição vai ao encontro da definição de AF da ACSM, que é qualquer movimento corporal que a pessoa produz (2014) e, portanto, a AV *mobilidade* é considerada neste relatório como todo o tipo de AF.

O EEESMO tem, um papel preponderante na orientação da mulher grávida no que se refere ao desenvolvimento da AV *mobilidade* durante a gravidez, uma vez que é o profissional que, segundo o RCEEEESMOG da OE (2011), assume a responsabilidade pelo cuidado da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.

O Relatório de Estágio encontra-se dividido em capítulos que constituem o corpo do trabalho. O seu primeiro capítulo apresenta uma revisão da literatura acerca da evidência científica disponível referente ao desenvolvimento da AV *mobilidade* durante a gravidez, à luz do Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney (1995). É apresentado de seguida, o plano de trabalho que integra a metodologia desenvolvida para o mapeamento da evidência científica disponível sobre o tema do Relatório de Estágio e o planeamento para a prática de cuidados no ER. No capítulo três enunciam-se os resultados decorrentes da SR e do desenvolvimento de competências durante a prestação de cuidados especializados em contexto de estágio, fundamentados na evidência. Serão ainda explicitadas as considerações éticas subjacentes e, finalizando este relatório, será apresentada uma reflexão acerca do trabalho desenvolvido ao longo da sua realização, expondo as principais conclusões, os contributos para a disciplina de Enfermagem, limitações e, constrangimentos na sua realização.

É pretendido então, atingir os seguintes objetivos:

- Descrever as competências específicas do EEESMO, desenvolvidas em contexto de prestação de cuidados de Enfermagem especializados à mulher/RN/família no âmbito da transição para a parentalidade e, tendo em vista a promoção da sua saúde e bem-estar;
- Demonstrar competências de aplicação da metodologia científica em Enfermagem, sobre “Ganhos em Saúde no Trabalho de Parto com a Promoção da Atividade Física na Gravidez” decorrentes da prática de cuidados fundamentada nos resultados da revisão da literatura;
- Demonstrar competências inerentes ao Grau de Mestre, nomeadamente a capacidade de análise do conhecimento que sustenta a prática de Enfermagem.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Em 2010, a Organização Mundial da Saúde referiu no seu documento *Global Recommendations on Physical Activity for Health* que a inatividade física é um dos principais fatores de risco para a mortalidade global, estando os níveis de inatividade física a subir em muitos países. Assim sendo, torna-se cada vez mais importante que se contrarie esta tendência (OMS, 2010).

Muitas mulheres quando engravidam, continuam sem realizar AF, apesar desta ser benéfica para si e para o feto (Wadsworth, 2007). O EEESMO que, segundo o seu Regulamento das Competências Específicas (OE, 2011), assume a responsabilidade pelo cuidado da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, deve assumir, um papel de promotor de hábitos de vida saudáveis, onde se inclui, a prática de AF. Deve considerar esta etapa de vida da mulher, como uma oportunidade para identificar e modificar hábitos de vida pouco saudáveis e, como é referido no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, “esclarecer acerca da importância do exercício físico ao longo da gravidez” e “aconselhar sobre atividade física” (DGS, 2015).

Apesar da evidência ser limitada, existem vários estudos que demonstram haver benefícios para a grávida, decorrentes do desenvolvimento da prática de AF durante a gravidez de baixo risco (ACOG, 2015), nomeadamente melhoria da condição músculo-esquelética, restrição de ganho de peso sem compromisso do crescimento fetal, recuperação mais célere no pós-parto e um maior bem-estar psicológico (Artal, Clapp & Vigil, 2000).

Como é referido no Plano Nacional de Saúde, os ganhos em saúde remetem-nos para os resultados positivos em saúde. Estes, são importantes considerar no processo de melhoria da qualidade dos cuidados (DGS, 2012) e podem ser traduzidos em indicadores mensuráveis, como é o exemplo da diminuição de episódios de doença ou redução do seu tempo de duração,

diminuição de situações de incapacidade temporária, aumento da funcionalidade física e psicossocial e a melhoria da qualidade de vida (DGS, 2012).

Mediante as considerações supracitadas e, de modo a alcançar uma maior compreensão do tema em estudo, torna-se relevante elucidar o que é AF e, como esta deve ser desenvolvida, especialmente, durante a gravidez.

1.1. Atividade Física durante a gravidez

A AF é constituída por qualquer movimento corporal produzido pela pessoa quando esta realiza a contração dos seus músculos esqueléticos (ACSM, 2014). Podem ser aqui incluídas atividades recreativas ou de lazer, de transporte sejam andar a pé ou de bicicleta, ocupacionais como trabalhar, e, prática de exercício planeado ou desporto (OMS, 2010). Por sua vez, o exercício físico é a realização de movimentos corporais planeados e estruturados, de forma repetitiva, com o objetivo de melhorar a aptidão física (ACSM, 2014).

Na faixa etária compreendida entre os 18 e os 64 anos de idade, é recomendada a prática de, pelo menos 150 minutos por semana, de AF aeróbia, ou seja, que estimule a respiração e a circulação sanguínea, de intensidade moderada. Em alternativa, podem ser 75 minutos por semana, de AF aeróbica de intensidade vigorosa ou, uma combinação equivalente de atividade de intensidade moderada e vigorosa. Esta, deve ser distribuída por períodos de, pelo menos, 10 minutos por dois ou mais dias da semana e, devem ainda ser incluídas atividades de fortalecimento muscular, onde se incluam os grupos musculares maiores (ACOG, 2015; OMS, 2010).

Perante uma gravidez de baixo risco, ou seja, perante a ausência de contraindicações, a prática de AF é considerada segura e desejável, necessitando, contudo, ser avaliada de forma individual e cuidadosa, de modo a adequar-se a prática de AF (ACOG, 2015). Quando a grávida já é praticante de atividade aeróbia de intensidade vigorosa, as recomendações são de continuar com a sua prática de AF durante a gravidez e no período pós-parto, desde que permaneçam saudáveis e que a gravidez seja vigiada (ACOG, 2015).

É, portanto, essencial que o EEESMO esteja sensibilizado para a importância destas *guidelines*, para que as suas orientações incluam a promoção da AV *mobilidade* (Quadro 1) e consequentemente, sejam promotoras de hábitos de vida saudáveis e seguros para a grávida e geradores de ganhos em saúde durante a gravidez e TP.

Quadro 1. Exemplos de Atividades Físicas Seguras e Não Seguras durante a Gravidez de Baixo Risco (adaptado e traduzido de ACOG, 2015)

| Exemplos de Atividades Físicas Seguras e Não Seguras durante a Gravidez de Baixo Risco | |
|--|---|
| As seguintes atividades são seguras para iniciar ou continuar: <ul style="list-style-type: none">• Caminhar• Nadar• Bicicleta estática• Aeróbica de baixo impacto• Yoga (modificada)• Pilates (modificado)• Corrida ou <i>jogging</i>• Desportos com raquetes• Treino de força <p>As posições de yoga que resultem na diminuição do retorno venoso e hipotensão devem ser evitadas o mais possível.</p> | As seguintes atividades devem ser evitadas: <ul style="list-style-type: none">• Desportos de contacto (p. e., hóquei no gelo, boxe, futebol e basquetebol)• Atividades com alto risco de queda (p. e., esqui na neve, downhill, esqui aquático, surf, BTT, ginástica e equitação)• Mergulho• <i>Sky diving</i>• “Hot yoga” e “hot Pilates” |

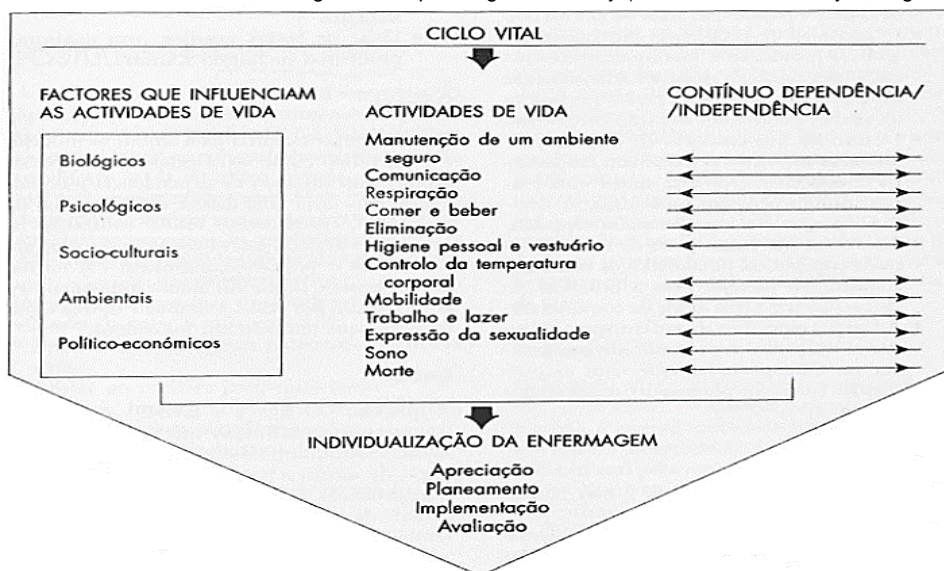
1.2. Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney

A disciplina de Enfermagem pressupõe que a abordagem teórica da sua prática de cuidados, seja sustentada por um modelo conceptual. O Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney permite uma compreensão mais aprofundada e sistematizada, de como o desenvolvimento da AV *mobilidade* durante a gravidez vai influenciar e ser promotora de ganhos em saúde aquando do TP. Vai possibilitar ainda, um *insight* do contributo do EEESMO nesta área.

O Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney (Quadro 2) é baseado no Modelo de Vida e, pretende ajudar na compreensão do complexo processo de viver. É constituído por cinco componentes que interagem e se relacionam entre si – Atividades de Vida, Etapas de Vida, Grau de Dependência/Independência, Fatores que influenciam as Atividades de Vida e Enfermagem Individualizada – tendo como principal foco, a independência da pessoa nas doze AV que o compõem. Ao utilizar o Processo de Enfermagem, o

Modelo de Enfermagem oferece uma estrutura para planejar intervenções individualizadas, relacionadas com todas as suas AV e, permite aos enfermeiros, perceber qual o seu campo de ação relativamente à manutenção, ensino e promoção de saúde (Roper, Logan & Tierney, 1995).

Quadro 2. Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney (fonte: Marriner-Tomey & Alligood,



A pessoa é avaliada em cada etapa da sua vida, devendo ser cada vez mais independente à medida que se aproxima da idade adulta. A sua independência deve ser privilegiada e a sua dignidade mantida face a situações de dependência.

A gravidez, apesar de “não ser doença”, pode provocar alterações no grau de independência das mulheres, nomeadamente no desenvolvimento da AV *mobilidade*. Contudo, esta dependência é temporária e o EEESMO deve maximizar o bem-estar da grávida, apoiando-a face às AV em que o nível de dependência é mais elevado, diagnosticando as suas necessidades, implementando e avaliando as intervenções adequadas para a promoção do seu autocuidado, fazendo sempre, uso do rigor técnico e científico (Lei nº127/2011; Roper, Logan & Tierney, 1995).

O EEESMO dispõe de conhecimento relativamente aos quatro estádios do TP, o que lhe permite assegurar a manutenção das AV da parturiente, nomeadamente, incentivar a sua *mobilidade* e também, garantir a *manutenção de um ambiente seguro*.

2. PLANO DE TRABALHO

A realização de uma SR de evidências científicas permitiu a compilação da evidência científica mais recente acerca da temática em estudo, bem como delinear estratégias de intervenção de modo a enaltecer a promoção da AF durante a gravidez e, consequentemente obter ganhos em saúde visíveis no TP.

2.1. Metodologia para a Revisão da Literatura

Com o intuito de reunir e mapear a evidência científica disponível para fundamentar a tomada de decisão aquando da prestação de cuidados e, aprofundar os saberes acerca da temática em estudo, foi realizada uma SR de evidências científicas. Foi utilizada na sua construção, a metodologia baseada na estrutura proposta por Arksey e O'Malley em 2005 e, apresentada no *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015* (JBI, 2015).

A temática orientadora da SR foi “Benefícios da prática de Atividade Física durante a gravidez para o Trabalho de Parto”, cujo objetivo principal é identificar quais os benefícios da prática de AF durante a gravidez para o TP.

Porém, para obter uma maior compreensão da temática, tornou-se essencial responder também ao objetivo identificar que tipo de AF é recomendada durante a gravidez de baixo risco.

Após identificação da necessidade de melhorar a prática de cuidados promotora do desenvolvimento de AF durante a gravidez e, para compreender o seu contributo para o TP, foi delineada a questão de partida “*Quais os benefícios da prática de atividade física durante a gravidez para o Trabalho de Parto?*”

Esta questão de investigação, incorpora os elementos PCC: **População** – Parturiente; **Conceito** – Benefícios da prática de AF durante a gravidez para o TP; **Contexto** – Não aplicável.

Foram ainda, delineadas as palavras-chave: atividade física, gravidez, ganhos em saúde e trabalho de parto.

Os artigos científicos que deram origem ao corpo de conhecimentos deste trabalho foram estudos de investigação primária, quantitativos, pesquisados nas bases de dados científicas e literatura cinzenta. Foram ainda incluídas três RSL, uma vez que a sua integração conduz à aquisição de conhecimento importante e apropriado sobre este tema (JBI, 2015).

De modo a limitar a pesquisa da evidência científica apenas à questão delineada, foram definidos critérios de inclusão e exclusão. Foram então incluídos estudos cujas participantes fossem mulheres grávidas que tivessem praticado AF durante a gravidez, artigos de investigação que incluíssem as palavras-chave, artigos de investigação publicados nos últimos 5 anos, de modo a obter evidência atual e, artigos de investigação redigidos em Português e Inglês. E, excluídos os que não respondam aos critérios de inclusão, artigos de investigação duplicados e artigos de investigação que não se enquadravam no tema em estudo, após leitura do *abstract*.

A pesquisa foi realizada entre 01 de Maio e 18 de Junho de 2016, mediante orientação do *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015* (JBI, 2015), tendo sido adotada uma estratégia de pesquisa composta por três etapas. Na primeira etapa, foi feita uma pesquisa inicial limitada, utilizando as bases de dados CINAHL Plus with Full Text, Medline with Full Text e SPORT Discuss with Full Text, da plataforma agregadora de bases de dados EBSCO. Esta pesquisa foi feita em cada base de dados de forma individual e, utilizando os elementos da mnemónica PCC. Foram utilizados termos indexados e em linguagem natural com o objetivo de abranger um maior número de artigos de investigação, sendo alguns destes termos coincidentes, por apresentarem resultados de pesquisa diferentes.

Seguiu-se uma análise aos títulos e *abstracts* de cada artigo, bem como aos termos indexados utilizados para os descrever. Numa segunda etapa, foi feita uma nova pesquisa nas bases de dados supramencionadas, utilizando as palavras-chaves, os termos indexados e em linguagem natural. Na terceira etapa foi obtida uma lista de todos os artigos identificados, contendo os resultados da

pesquisa dos termos pesquisados isoladamente, associados entre si quando semelhantes, utilizando o operador booleano *OR* e, a junção final destes termos, utilizando o operador booleano *AND*.

Após a última etapa, e obtidos os resultados da junção dos termos pesquisados, foram aplicados os critérios de inclusão e posteriormente lidos os títulos e *abstracts* resultantes. Todos aqueles, cujo conteúdo não respondia à questão de investigação ou se encontravam duplicados, foram excluídos. Obteve-se no final da pesquisa 13 artigos, porém, foi integrado um artigo resultante de uma primeira pesquisa e que, dado a sua pertinência, não podia ficar omissa, perfazendo assim, um total final de 14 artigos. No Apêndice 1 pode-se consultar uma apresentação resumida do diagrama de pesquisa da SR.

Selecionados os 14 artigos, foi feita a análise do texto integral e extração dos resultados pertinentes, recorrendo a instrumentos construídos e adaptados segundo as indicações do *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015* (JBI, 2015) e adequados a cada tipo de estudo (Apêndice 2) e, de modo a enriquecer a construção do *background* foram consultados outros documentos, na literatura cinzenta.

2.2. Metodologia para a Prática de Cuidados no Contexto de Estágio

Decorrente dos resultados da SR, foi iniciado o planeamento para a prática de cuidados baseada na evidência.

É referido por Benner que “o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático (saber fazer)” (2001, p.32). Assim, para o ER, planeei desenvolver as intervenções autónomas e interdependentes que caracterizam o exercício profissional do EEESMO, como referido no RCEEEESMOG da OE (2011, p.8662)

“assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, (...) aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto

risco, (...) aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher”.

A autora refere ainda que “o conhecimento prático adquire-se com o tempo” (Benner, 2001, p.33) e adquirindo estratégias para a sua construção. Seguindo este raciocínio, estruturei o relatório da prestação de cuidados especializados, focando-me nas Competências **H.2.** Cuida da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal, **H.3.** Cuida da mulher inserida na família e na comunidade durante o trabalho de parto e **H.4.** Cuida da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pós-natal.

Durante o ER foi igualmente proposta a construção de dois Jornais de Aprendizagem, que permitiram a exposição da tomada de decisão e intervenções realizadas na sua sequência, integrando de forma consolidada o conhecimento adquirido e, a sua análise crítica de modo a agir de forma eficaz numa situação posterior, com características semelhantes.

Foram também delineados objetivos no âmbito da temática aprofundada com a SR, bem como as tarefas e atividades a desenvolver para os alcançar. Então, de modo a identificar os resultados da AV *mobilidade*, mais precisamente de AF durante a gravidez para o TP, segundo os resultados da SR e identificar os resultados da prática de cuidados durante o TP com ênfase na AV *mobilidade*, propus-me realizar um Instrumento de Registo da Prática de Cuidados (Apêndice 3). A sua construção foi guiada com o objetivo de obter maior grau de independência das parturientes nas AV constituintes do Modelo de Enfermagem de Logan, Roper e Tierney. Pretendia identificar qual a prática de AF realizada durante a gravidez, bem como os seus conhecimentos acerca dos benefícios dessa prática para o TP, *mantendo um ambiente seguro*. Propus-me, identificar os benefícios da *mobilidade* durante o 1º estágio do TP, planear, implementar e avaliar intervenções que capacitassem para a sua implementação neste estágio, mas também no pós-parto. Posteriormente, através dos registos no instrumento, pretendia identificar se a prática de AF ia ao encontro das orientações da ACOG e, se na prática de cuidados, os benefícios enunciados na SR, eram efetivos.

Por fim, propus-me visitar na unidade do Puerpério, as mulheres que cuidei no BP, de modo a alcançar uma melhoria da qualidade de cuidados.

3. RESULTADOS DA APRENDIZAGEM

A Enfermagem é uma disciplina com o seu próprio corpo de conhecimentos que se centra no conhecimento da pessoa, nas suas experiências e na perceção que esta tem da sua saúde. Ao desenvolverem estudos relevantes, os enfermeiros que se dedicam à investigação, contribuem para o desenvolvimento de saberes específicos em Enfermagem e, consequentemente para os cuidados à pessoa (Fain, 2013).

Nessa perspetiva e apresentado anteriormente o plano de trabalho, ou seja, o modo como foi projetada a estratégia de operacionalização de aquisição de conhecimento e de desenvolvimento de competências, torna-se agora, pertinente apresentar os resultados obtidos e, que se traduziram em conhecimento e enriquecimento para o meu percurso académico e profissional.

3.1. Da Revisão da Literatura

A partir da análise realizada aos vários artigos, pode-se afirmar que existem benefícios, quando a *AV mobilidade* é regular, sob a forma de exercício físico durante a gravidez, não só para que a gravidez tenha um desenvolvimento mais saudável, mas também para o TP.

Para que os EEESMO possam promover a adoção deste comportamento de saúde, é importante compreender as características inerentes à AF recomendada durante a gravidez de baixo risco. Nesse sentido, os estudos seleccionados, também foram analisados, de modo a conseguir identificá-las.

Cinco dos estudos seleccionados, por serem estudos comparativos dos diversos tipos de intensidade de AF não forneceram dados relativos ao programa de AF desenvolvido e como tal, não foram utilizados nesta análise.

A maioria dos estudos (n=9) identificava o programa de AF seguido durante a gravidez, sendo em 4 estudos, programas de AF de intensidade leve a moderada (Perales, Calabria, Lopez, Franco, Coteron & Barakat, 2016; Poyatos-Léon, García-Hermoso, Sanabria-Martínez, Álvarez-Bueno, Sánchez-López & Martínez-Vizcaíno, 2015; Pinzón et al, 2012; Barakat, Pelaez, Lopez, Montejo, & Coteron, 2012), 3 estudos apresentavam programas de AF de intensidade moderada (Barakat, Pelaez, Montejo, Refoyo & Coteron, 2014; Gohdsi, Ashoghiiri & Hajiloomohajerani, 2012; Silveira & Segre, 2012) e nos restantes 2 estudos, essa informação estava omissa (Salvesen, Stafne, Eggebø, & Mørkved, 2014; Guskowska, 2011).

Relativamente à sua duração em minutos, 6 estudos eram relativos a programas de AF com uma duração inferior a 150 minutos por semana (Salvesen et al, 2014; Pinzón et al, 2012; Guskowska, 2012; Silveira & Segre, 2012; Barakat et al, 2012; Gohdsi, Ashoghiiri & Hajiloomohajerani, 2012), 2 estudos referiam-se a programas de AF de duração superior a 150 minutos por semana (Perales et al, 2016; Barakat et al, 2014) e, 1 como era uma RSL, que incluía vários estudos e fazia referência à duração dos programas de AF estar compreendida entre os 120-180 minutos por semana (Poyatos-Léon et al, 2015).

No que concerne à frequência dos programas de AF, em 5 estudos o programa de AF era desenvolvido 3 vezes por semana (Perales et al, 2016; Barakat et al, 2014; Salvesen et al, 2014; Gohdsi, Ashoghiiri & Hajiloomohajerani, 2012; Barakat et al, 2012), em 2 estudos era desenvolvido 2 vezes por semana (Guskowska, 2012; Silveira & Segre, 2012), 1 estudo não referia esse dado (Pinzón et al, 2012) e 1, por ser uma RSL referia que os estudos incluídos se remetiam a programas de AF com uma frequência de 3 vezes por semana, exceto 1 que era de 4 vezes por semana (Poyatos-Léon et al, 2015).

Estes dados, vão ao encontro do que é preconizado pela ACOG (2015) que refere que a prática de AF deve ser de pelo menos 150 minutos de atividade aeróbia de intensidade moderada ao longo da semana. Em relação à frequência do programa de AF por semana, as orientações da ACOG não fazem menção a uma orientação, contudo, mediante análise dos programas desenvolvidos nos

estudos, os 150 minutos foram distribuídos de forma equilibrada para que, eventualmente, não existissem dias de maior cansaço.

Relativamente aos benefícios da prática de AF durante a gravidez para o TP, os resultados dos estudos analisados foram agrupados em 5 categorias conceptuais principais, que resumem as suas conclusões, sendo estas Tipo de Parto, Duração dos Estádios do Trabalho de Parto, Taxa de Lacerações perineais, Estado Emocional e, Outros resultados positivos.

Tipo de Parto: a redução da taxa de cesarianas e dos partos vaginais instrumentalizados é, atualmente, um objetivo muito importante. Vários estudos, sugerem haver uma relação entre o desenvolvimento da prática de exercício físico de moderada intensidade durante a gravidez e a diminuição da taxa de cesarianas e de partos vaginais distócicos (Barakat *et al*, 2015; Price, Arminie Kappeler, 2012; Barakat *et al*, 2012; Kihlstrand *et al*, 1999 in ACOG, 2015).

O estudo realizado por Domenjoz, Kayser e Boulvain (2014), revelou que as mulheres que durante a gravidez participaram em programas estruturados de exercício aeróbico ou de resistência, tiveram uma diminuição de 15% relativamente ao risco de serem submetidas a cesariana, o que favorece a *manutenção de um ambiente seguro*. No seu estudo, Barakat *et al* (2012), acrescenta ainda que a percentagem de partos instrumentalizados foi 7,5% mais baixa no grupo que frequentou um programa de exercício físico com supervisão.

Os estudos de Ko, Chen e Lin (2016), Poyatos-Léon *et al* (2015), Szumilewicz, Wojtyła, Zarębska, Drobnik-Kozakiewicz, Sawczyn & Kwitniewska (2013) e de Silveira e Segre (2012), vêm corroborar este facto referindo que o exercício físico realizado no segundo e terceiro trimestres da gravidez, traduz-se numa taxa mais elevada do parto normal e, conseqüentemente, numa taxa mais baixa de cesariana.

Duração dos Estádios do Trabalho de Parto: também na duração dos estádios do TP, a prática de AF durante a gravidez de baixo risco, revela ter benefícios. Os estudos de Perales *et al* (2016) e Salvesen *et al* (2014), indicam que esta prática reduziu a duração e gerou melhor eficiência no 1º estágio,

contudo, não foi verificada uma diferença significativa na duração do 2º e 3º estádios do TP.

Foi encontrada uma relação significativa entre a prática de AF durante a gravidez de baixo risco e o 1º estádio do TP no estudo realizado por Ghodsi, Ashoghi e Hajiloomohajerani (2012), sendo cerca de 31 minutos mais curto no grupo de grávidas que realizou um programa de AF estruturado. Relativamente ao 2º estádio e, contrariamente ao que foi observado no 1º estádio, nos estudos de Perales *et al* (2016) e Salvesen *et al* (2014), não existiu diferença significativa, entre os grupos. Quanto à duração do 2º estádio do TP, é identificada duração média de 32 minutos no grupo que realizou um programa de AF durante a gravidez e de 29 minutos no grupo de controlo, no estudo de Salvesen *et al* (2014). No estudo de Ghodsi, Ashoghi e Hajiloomohajerani (2012) constatou-se que a maioria das participantes do grupo de intervenção (46%) tiveram uma duração média do 2º estádio entre 20-30 minutos enquanto que 47,6% no grupo de controlo tiveram uma duração média do 2º estádio entre 31-40 minutos. Todavia, esta relação não demonstrou ser significativa, podendo dever-se este facto ao número limitado da amostra e às participantes realizarem o programa de exercício em casa, sem qualquer supervisão.

Taxa de Lacerações perineais: frequentemente as mulheres sofrem de traumas perineais aquando do parto. Nesse sentido, é importante que se possa atuar preventivamente para que não aconteçam, promovendo deste modo a *manutenção de um ambiente seguro*.

O estudo desenvolvido por Ghodsi, Ashoghi e Hajiloomohajerani (2012), mostrou que a prática de um programa de exercício durante a gravidez de baixo risco, associada à pré-massagem perineal não tinha efeito protetor nem nefasto significativo, sobre a probabilidade de apresentar um períneo intacto aquando do parto. Contudo, foi observado algum benefício, ainda que sem significado estatístico, uma vez que no grupo de intervenção a incidência de um períneo intacto era maior. Foi ainda constatada uma redução de lacerações de segundo grau. Quanto às lacerações de primeiro grau, essa incidência foi maior e às lacerações de terceiro grau, o estudo não conseguiu avaliar os resultados, podendo o efeito protetor da massagem perineal ser um achado casual.

Estado Emocional: o estado emocional da puérpera pode influenciar a AV *comunicação* e, conseqüentemente, o TP. A prática de AF durante a gravidez de baixo risco revelou alterar a forma como a grávida vivencia o TP.

O estudo de Guskowska (2011), conclui que a prática de AF durante a gravidez pode ser utilizada para aumentar a qualidade de vida da mulher pois melhora o seu humor e diminui a sua ansiedade relativamente ao TP.

A intensidade da ansiedade relativamente ao TP foi significativamente mais baixa nas participantes das aulas de condicionamento físico e, ligeiramente mais baixo no terceiro trimestre. Ao contrário do que era esperado intuitivamente, mulheres em estádios mais avançados da gravidez experienciaram menos ansiedade. Não obstante, é importante interpretar cuidadosamente estes resultados, uma vez que não é possível estabelecer uma relação causal entre prática de exercício físico e estado emocional.

Outros resultados positivos: durante a análise dos estudos, para além dos resultados positivos supracitados, surgiram outros igualmente relevantes.

Relativamente à FC durante o TP, no estudo de Söhnchen *et al* (2011), concluiu-se que as mulheres que desenvolviam menos a AV *mobilidade*, ou seja, que eram menos ativas fisicamente durante a gravidez, atingiram FC mais elevadas durante o TP comparativamente a mulheres mais ativas, comprometendo assim a *manutenção de um ambiente seguro*.

A nível do parto pré-termo, o estudo de Tinloy, Chuang, Zhu, Pauli, Kraschnewski & Kjerulff (2014), demonstra não haver associação entre exercício pré-natal e a prevalência de parto pré-termo tardio. É sugerido por Barakat *et al* (2014), que mulheres saudáveis podem realizar um programa de exercício de intensidade moderada, com supervisão, do início ao fim da gravidez de baixo risco, uma vez que este não afeta a IG aquando do momento do parto ou o bem-estar neonatal, não havendo comprometimento da AV *manutenção de um ambiente seguro*.

O estudo de Pinzón *et al* (2012), acrescenta ainda que o treino de exercício vigoroso durante a gravidez de baixo risco em mulheres que eram previamente sedentárias não afeta a *manutenção de um ambiente seguro*, logo

não é prejudicial para a saúde da mãe ou do feto. O estudo mostrou que os filhos das grávidas pertencentes ao grupo de intervenção, apresentavam um peso médio ao nascer de 3,013.2 kg, IG média de 38.9 ± 2.2 semanas e um Índice de Apgar ≥ 7 ao 1º minuto de vida em quase todos os RN e, ≥ 9 ao 5º minuto, em todos os RN.

Estes resultados permitiram uma prestação de cuidados, fortemente alicerçada na evidência científica, a qual apresento de seguida.

3.2. Da Prática de Cuidados no Contexto de Estágio

O Estágio com Relatório foi desenvolvido no BP, integrado no SUOG de um Hospital em Lisboa.

Conheci e integrei a sua missão e a filosofia, bem como os aspetos fundamentais para o desenvolvimento das competências específicas do EEESMO e para a concretização do meu Projeto de Estágio.

O estágio foi supervisionado por um Enfermeiro Orientador, EEESMO, elemento com um papel fundamental no constructo do conhecimento concetual e prático. Segundo Benner (2001), uma disciplina clínica necessita de pessoas peritas que modelem as transições entre o conhecimento pessoal e a situação clínica. “As enfermeiras experientes podem lembrar-se rapidamente das situações clínicas que modificam as suas abordagens aos cuidados a proporcionar aos doentes” (Benner, 2001, p.38). Por esse motivo, considerei o Enfermeiro Orientador um elemento chave para o meu crescimento profissional, que me facilitou ferramentas para refletir e analisar as minhas práticas de forma crítica e construtiva.

Seguidamente, serão descritos e analisados os resultados decorrentes da prática de cuidados, segundo as Competências específicas do EEESMO, plasmadas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica da

OE (2011) e pelos objetivos delineados no Projeto de Estágio à luz do referencial teórico de enfermagem que norteou os cuidados que prestei.

3.2.1. Cuida da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal

Citando o descritivo desta competência, o EEESMO “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detectar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal” (Lei nº 127/2011, p.8663). Segundo Roper, Logan e Tierney (1995), para desempenhar qualquer AV é impreterível que sejam tomadas determinadas ações de modo a *manter um ambiente seguro*.

O desenvolvimento desta competência teve início em estágios anteriores, nomeadamente no Ensino Clínico III, em contexto comunitário e no Ensino Clínico IV, em contexto de cuidados à grávida/casal em situação de risco materno-fetal. Estas atividades e respetiva reflexão foram objeto de descrição e análise nos relatórios de cada ensino clínico. De modo a enriquecer a minha prestação de cuidados no Ensino Clínico III, foram também elaborados dois folhetos, sendo um deles, alusivo à prática de AF durante a gravidez e um póster alusivo aos benefícios da prática de AF durante a gravidez (Apêndice 4).

Ao longo do ER, tive a oportunidade de cuidar a mulher/família no período pré-natal, considerando a pessoa significativa escolhida pela parturiente como a sua família, permanecendo esta e sendo incluída nos cuidados e capacitada para o TP.

Assim como nos ensinos clínicos anteriores, também no ER foram implementadas intervenções de promoção de saúde pré-natal relativamente ao desenvolvimento das suas AV, especialmente, acerca do desenvolvimento da AV *mobilidade*, informando e esclarecendo dúvidas às grávidas internadas no BP. O EEESMO assume, neste período, um papel crucial de educador, integrando uma equipa multidisciplinar e, trabalhando em colaboração com a mulher (Roper, Logan & Tierney, 1995), relativamente à modificação de hábitos

ou comportamentos considerados prejudiciais, tais como hábitos alimentares, exercício físico, consumo tabágico ou de substâncias psicoativas (DGS, 2015).

Não tive a oportunidade de realizar turnos no SUOG, tendo permanecido todo o estágio no BP, acolhendo as grávidas já internadas através do SUOG. Independentemente deste facto, tive a oportunidade de identificar e colaborar na modificação de situações de risco de patologia e de vigiar grávidas em situações de patologia tais como a diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, hemorragia, ameaça de parto pré-termo ou rutura prematura das membranas.

Quando a grávida é internada, é feito um acolhimento inicial, onde se registam dados acerca dos antecedentes pessoais, ginecológicos e obstétricos relevantes da mesma e, são avaliados periodicamente, mediante a situação de cada grávida, os sinais vitais, que incluem a avaliação da dor. Caso a IG não permita a utilização de CTG são auscultados os batimentos cardíacos fetais.

Apesar de podermos estar face a uma situação de gravidez de baixo risco, ao ser internada no BP, a mulher em TP, é sempre monitorizada continuamente, com o CTG. A monitorização do CTG pode ser contínua ou intermitente, porém a OMS, em 1996, no seu documento *Care in Normal Birth*, refere que o método de monitorização fetal de eleição, numa situação de gravidez de baixo risco aquando do TP é a monitorização intermitente. Não obstante, neste BP encontra-se protocolada a monitorização contínua.

Frequentemente as grávidas internadas careciam de uma vigilância específica de sinais e sintomas associados a determinadas patologias. Na instituição onde desenvolvi o ER, as intervenções e cuidados a desenvolver face a cada situação de patologia estavam protocoladas, indo, no entanto, ao encontro do que é emanado pela evidência científica.

Uma das situações que vivenciei reporta-se para uma grávida de 16 anos com IG de 35 semanas e 1 dia, internada por hipertensão induzida pela gravidez e edemas dos membros superiores e inferiores. Tinha indicação para vigilância da tensão arterial de 2 em 2 horas e prescrito Metildopa 500 mg, um anti hipertensor compatível com a gravidez (Briggs & Freeman, 2015).

A hipertensão é uma das complicações mais comuns da gravidez e constitui um dos principais fatores causais de morbilidade e mortalidade materna e perinatal. A sua vigilância adequada durante a gravidez pode ser suficiente para impedir ou atenuar o aparecimento de complicações graves. Atualmente é considerada um sintoma de uma doença multissistémica, a pré-eclâmpsia (Graça, 2010). A pré-eclâmpsia, apresenta determinados sinais, antes do aparecimento dos sintomas. Geralmente, o edema é um dos primeiros sinais a aparecer, seguindo-se da elevação dos valores de pressão arterial e da proteinúria. Podem ainda manifestar-se outros sinais e sintomas como epigastralgias, cefaleias, perturbações da visão, oligúria ou anúria, disfunção hepatocelular, hiperreflexia e convulsões (Graça, 2010).

A grávida não apresentava nem referia outros sinais ou sintomas, sem ser o edema e a elevação dos valores da pressão arterial. À entrada, foi avaliada a sua tensão arterial e administrada a Metildopa, não obstante, os valores de tensão arterial continuaram a aumentar. Numa das avaliações realizadas, apresentava pressão arterial sistólica superior a 160 mmHg e diastólica de cerca de 90 mmHg. Foi comunicado ao médico que prescreveu Nifedipina 30 mg, que é um bloqueador dos canais de cálcio e que atua como anti hipertensor. Por ser de baixo risco durante a gravidez é utilizado em casos de hipertensão severa (Briggs & Freeman, 2015).

Administrei, pela primeira vez, o medicamento à grávida e, foi nesse momento que me apercebi porque é que a medicação não estava a surtir efeito. Não gostava de ingerir comprimidos e por isso esmagava-os e misturava num copo de água, ficando quase metade do comprimido no copo. Convencer esta grávida de 16 anos que era muito importante, tomar aquele comprimido de forma eficaz, ou seja, inteiro, foi muito difícil, pois o sentimento de recusa era tal que dizia repetidamente “não consigo” e chorava compulsivamente.

A etapa de vida da adolescência é descrita por Roper, Logan e Tierney (1995), como sendo um período de turbulência emocional, com uma flutuação entre o desejo de independência característico da idade adulta e a regressão à infância. Estas alterações de humor, muito comuns nesta etapa de vida, podem

tornar difícil a relação com o enfermeiro. Associado este aspeto à gravidez, esta tarefa ainda se vislumbra mais árdua.

Em 2016, Olsson, Hagekull, Giannotta e Åhlander corroboraram com Roper, Logan e Tierney (1995), referindo que a adolescência é um período turbulento, onde há um rápido desenvolvimento de habilidades e de independência, mas com risco acrescido para o desenvolvimento de comportamentos antissociais e até, problemas de saúde mental (Olsson, Hagekull, Giannotta & Åhlander, 2016).

Após um longo período a prestar apoio emocional, conversando e tentando acalmá-la, de modo a que percebesse a importância da toma daquele medicamento, tomou-o. Esta situação mostrou-me a importância de uma *comunicação* eficaz e de um esclarecimento adequado e individualizado das intervenções e cuidados que prestamos, pois, o consentimento e adesão das grávidas ao mesmo, depende da nossa eficácia e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados que prestamos e a *manutenção de um ambiente seguro*.

É igualmente da competência do EEESMO diagnosticar precocemente e prevenir complicações na saúde da mulher em situação de abortamento, contudo, durante o ER não tive oportunidade de cuidar de mulheres/famílias em situação de abortamento ou de feto morto. Não obstante, tive a oportunidade de desenvolvê-la no Ensino Clínico I.

Não é fácil “lidar” com a morte ou ajudar outra pessoa a fazê-lo, especialmente neste momento da vida de uma mulher/casal em que a sua preparação e disposição é no sentido oposto, ou seja, da vida e do nascimento.

Também Roper, Logan & Tierney referem que “o desgosto é a actividade intrinsecamente ligada à morte, através da qual uma pessoa de luto resolve e compreende a morte de um ente querido e consegue a coragem para recomençar a viver completamente uma vez mais” (1995, p.29). Mas “lidar” com a morte é muito difícil, não só para os pais que perdem o seu bebé ou que apenas contactam com ele por um curto período de tempo, mas também para o enfermeiro que assiste, apoia emocionalmente e conforta naquele momento.

Inicialmente há sofrimento e, por vezes, envolve sentimentos de autocrítica e culpa. O EEESMO ajuda a mulher/casal em luto na procura de uma maior independência nas *AV morte, comunicação e manutenção de um ambiente seguro*, a enfrentar e resolver as suas dificuldades emocionais, dando-lhes tempo para sofrer, falar, recordar e expressar abertamente os seus sentimentos de modo a conseguirem, um dia, voltar a planear um novo futuro (Roper, Logan & Tierney, 1995), apreciando, planeando, implementando e avaliando os cuidados favorecedores deste processo.

3.2.2. Cuida da mulher inserida na família e na comunidade durante o trabalho de parto

Esta competência enuncia que o EEESMO “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina” (Lei nº 127/2011, p.8664).

Estão definidos quatro estádios de TP. O 1º estágio do TP inicia-se quando são sentidas as primeiras contrações uterinas regulares e, termina quando existe um apagamento e dilatação completos do colo. A fase latente deste estágio pode demorar cerca de 20 horas nas primíparas e de 14 horas nas múltiparas e a fase ativa 12 horas nas primíparas e 7 horas nas múltiparas (Montenegro & Rezende Filho, 2013). O 2º estágio tem uma duração média de 50 minutos nas primíparas e de 20 minutos nas múltiparas e, corresponde ao nascimento do feto, iniciando-se aquando da dilatação completa (Lowdermilk & Perry, 2008; Montenegro & Rezende Filho, 2013). Após o nascimento do feto, dá-se a dequitação, que corresponde ao 3º estágio do TP, ou seja, o descolamento e a expulsão da placenta. De modo geral este evento demora cerca de 3-5 minutos, podendo ir até 1 hora. O 4º estágio, é designado de puerpério imediato e compreende as 2 horas seguintes à dequitação. É neste período que se dá o restabelecimento da homeostase e onde existe maior risco de hemorragia pós-parto ou outras complicações, pelo que é importante uma maior vigilância (Lowdermilk & Perry, 2008).

Durante o ER e, consoante o Artigo 27º da Diretiva 89/594/CEE de 30 de Outubro 1989 que altera o ponto B do anexo à Diretiva 80/155/CEE (1989), vigiei e prestei cuidados especializados a 126 grávidas no 1º estágio do TP, colaborei com a parturiente em 52 partos e tive a oportunidade de participar ativamente em 16 partos, salvaguardando a AV *manutenção de um ambiente seguro* da parturiente/pessoa significativa, por serem situações que estavam para além da minha área de atuação, quer por prematuridade ou por serem partos distócicos por ventosa ou fórceps. Tive ainda a oportunidade de observar e participar em 8 cesarianas, recebendo o RN, prestando-lhe os primeiros cuidados e, assegurando desta forma, a maioria das suas AV (*manutenção de um ambiente seguro, respiração, comer e beber, eliminação, higiene pessoal e vestuário, controlo da temperatura corporal, mobilidade e sono*).

Ao ser internada no SUOG, a mulher é observada pelo EEESMO e pelo médico Ginecologia/Obstetrícia. Caso esteja em TP ou vá realizar indução do TP, tem a possibilidade de ir tomar um duche e, em algumas situações é fornecido um clister. Nesta instituição, o clister nem sempre é realizado, apenas quando a parturiente assim o deseja e/ou quando não evacua há mais de 1-2 dias, seguindo desta forma as indicações da OMS relativas ao Parto Normal, onde são desencorajadas intervenções por rotina (OMS, 1996).

Numa lógica da individualização e qualidade dos cuidados, quando a grávida chegava ao BP, após internamento no SUOG, acomodava-a numa das salas de parto e, se o desejasse, chamava a pessoa significativa que a acompanhava. Posteriormente, fazia uma avaliação inicial, registando no seu processo, dados como antecedentes pessoais, ginecológicos e obstétricos relevantes, contacto da pessoa significativa, entre outros. De forma a manter a individualidade da grávida/pessoa significativa e proporcionar-lhe um grau de independência o mais elevado possível na manutenção das suas AV, mostrava a sala onde ia permanecer e explicava todos os cuidados e intervenções que lhe iria prestar, tentando ir ao encontro das suas expetativas.

Tive oportunidade de promover a implementação do plano de parto, aconselhando e apoiando a grávida/pessoa significativa nas suas decisões, ou seja, no desenvolvimento da AV *comunicação*. Nem todas mencionavam

aquando do acolhimento que tinham um plano de parto, contudo, após questionadas, apresentavam-no. O plano de parto consiste, segundo a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, num documento escrito, realizado pela grávida/casal, onde são expostas as suas expetativas e desejos relativamente ao TP. Deve conter informações corretas acerca das suas intenções, de modo a servir de elo de ligação com a equipa de saúde. O EEESMO deve observar o plano de parto apresentado e informar a grávida/pessoa significativa de que este documento e, conseqüentemente as suas expetativas e desejos serão cumpridas, exceto por algum motivo ou complicação durante o decurso do TP (Parecer nº7/2012).

Constando ou não no plano de partos, todas as intervenções a que a parturiente fosse submetida, eram previamente explicadas e discutidas, de modo a obter o seu consentimento informado e *manter um ambiente seguro*.

A tomada de decisões informadas remete-se para o direito de receber a informação completa, adequada, o mais imparcial possível e assente na evidência científica disponível acerca dos cuidados a que vai ser submetida, assim como os seus benefícios, prejuízos ou opções. Tendo o direito, se assim o entendesse, de mudar de opinião em relação às suas escolhas (Leite, 2012).

No sentido da promoção da AV *manutenção de um ambiente seguro* e, mediante o protocolo de atuação aquando do acolhimento da parturiente no BP, era colocado um acesso venoso e uma monitorização contínua do CTG. Porém, apenas ficavam com soroterapia em perfusão em situações de desidratação, prevenção de cetose ou indução do TP, como também é referido pelas orientações da OMS relativas ao Parto Normal (OMS, 1996). A AV *mobilidade* era mantida, visto haverem aparelhos de registo de CTG por telemetria.

Periodicamente, ou seja, de hora a hora, assegurava o conforto e bem-estar materno-fetal e monitorizava o TP, avaliando o gráfico do CTG, os sinais vitais mediante cada situação e realizava os registos no partograma.

Realizava uma avaliação vaginal para apreciar as características do colo uterino (apagamento, dilatação, orientação e consistência), a bolsa amniótica e sua integridade e, a apresentação fetal (posição, variedade, descida)

(Montenegro & Rezende Filho, 2013). Por ser gerador de desconforto e stress, apenas era realizada aquando da admissão e, mediante as queixas da mulher, ou seja, quando esta sentisse dor, pressão na região perineal ou até, vontade de realizar esforços expulsivos (Lowdermilk & Perry, 2008).

Segundo Roper, Logan e Tierney (1995, p.27), “os seres humanos são essencialmente seres sociais e uma parte importante da vida engloba comunicação (...)”. Acrescentam ainda que “a comunicação não envolve apenas a utilização de linguagem verbal, (...) mas ainda a expressão não verbal (...) através de expressões faciais e expressões do corpo”. Nesse sentido, e necessitando sempre do consentimento da mulher/pessoa significativa para a realização de qualquer intervenção, utilizar estratégias de comunicação e promover a independência na AV *comunicação* à parturiente, era uma constante, para explicar todos os procedimentos e assegurar o consentimento informado. Saber ler as expressões faciais e/ou corporais também era importante, na medida em que por vezes era apenas desta forma que apreciava o estado emocional da mulher/pessoa significativa e se podiam implementar medidas de suporte emocional e psicológico adequadas.

Durante o TP, como já foi mencionado, a parturiente tinha a possibilidade de ingerir água ou chá, contudo não eram permitidos outros alimentos. A eminência de se converter o parto vaginal numa cesariana e, portanto, haver um risco real de aspiração do conteúdo alimentar durante a anestesia, justificavam esta condição (Lowdermilk & Perry, 2008). No entanto, face a um parto de baixo risco, as orientações da OMS relativas à ingesta de alimentos, é no sentido de não existirem quaisquer interferências a nível dos desejos verbalizados pela parturiente, devendo existir uma razão válida para interferir com o processo natural do TP e negar a ingesta de alimentos à parturiente (OMS, 1996).

Nesse sentido, a manutenção da AV *comer e beber* foi uma das minhas preocupações, incentivando à ingesta de água e chá, visto que o TP exige grandes quantidades de energia e, não se consegue prever a sua duração (OMS, 1996).

O desenvolvimento da AV *mobilidade*, foi uma das AV que privilegiei durante o estágio, de modo a proporcionar um maior bem-estar à

mulher/RN/pessoa significativa. Nesse sentido, um dos meus objetivos visava capacitar as mulheres acerca dos benefícios do desenvolvimento da AV mobilidade, através da prática de AF durante o 1º estágio do TP.

Ao receber as grávidas no BP e após fazer-lhes o acolhimento, informava-as das vantagens da prática de AF durante o 1º estágio do TP, nomeadamente acerca da importância de deambular, da utilização da bola de Pilates, da realização de básculas e, sempre que possível, de optarem por posições não supinas. Sempre que era possível, incentivava-as ainda à utilização da água como meio de conforto e de controlo não farmacológico da dor, incentivando-as a ir tomar duche, preferencialmente acompanhadas (Lowdermilk & Perry, 2008).

A liberdade para deambular ou escolher a posição a adotar durante o TP deve ser incentivada, uma vez que é considerada benéfica. Entre outras vantagens, inclui uma melhoria da atividade uterina e ser uma forma de distração e de controlo dos desconfortos associados ao TP. A deambulação está ainda associada a uma menor taxa de partos instrumentalizados (Lowdermilk & Perry, 2008). Estudos mencionados por Montenegro & Rezende Filho (2013), aludem também para a redução da duração do 1º estágio do TP e da necessidade de analgesia. Zwelling (2010) acrescenta ainda que o movimento e as mudanças de posição ao longo do TP têm inúmeras vantagens, tais como a diminuição da dor, melhoria da circulação materno-fetal, diminuição da duração do TP, maior facilidade na descida fetal e diminuição do trauma perineal.

Praticamente todas as parturientes/pessoa significativa decidiram deambular, utilizar a bola de Pilates, realizar básculas e adotar posições não supinas, contudo, algumas por referirem necessidades de repouso, preferiram realizar o seu TP no leito. Relativamente ao uso de água todas as parturientes/pessoas significativas aderiram ao duche, tendo revelado maior bem-estar e até um maior controlo da dor.

Sendo a AV *sono* também essencial para o crescimento e reparação celular, permitindo que as pessoas descontraíam e sejam capazes de enfrentar situações de esforço (Roper, Logan & Tierney, 1995) e, devendo ser respeitada a individualidade de vida de cada parturiente, esta AV foi igualmente respeitada, de acordo com a vontade de cada uma.

Outro objetivo desenvolvido foi o de capacitar a mulher para o aumento do grau de independência na AV mobilidade, através da prática de AF no pós-parto. Para a sua concretização, foi elaborado um folheto (Apêndice 5) inerente à prática de AF no pós-parto, semelhante ao folheto elaborado no Ensino Clínico III (Apêndice 4). Ao longo da vigilância e prestação de cuidados durante o TP, ia avaliando os conhecimentos que as parturientes/pessoa significativa tinham acerca desta temática e, consoante as necessidades, explicava as vantagens da realização dos exercícios propostos no folheto, bem como as possíveis consequências de não os realizar. Por vezes, face ao desconhecimento de alguns exercícios, ensinei e treinei com as mulheres, a realização dos mesmos.

Continuar com hábitos de AF anteriores ao parto ou até, adotar novos estilos de vida é algo importante no pós-parto, para o estabelecimento de hábitos duradouros de AF (ACOG, 2015) especialmente quando existem muitas mulheres a mostrar interesse em recuperar a sua forma física (Lowdermilk & Perry, 2008).

Foi pedido o consentimento às parturientes/pessoas significativas para a realização de um contato telefónico, 2-3 semanas após o parto. Dentro do tempo estabelecido, foi realizado um telefonema onde se procurou avaliar a adesão à prática de AF durante o puerpério. Esta validação foi feita a 45 parturientes, escolhidas aleatoriamente de entre as parturientes a quem prestei cuidados, tendo sido atendida por 32 delas. As restantes 13 não atenderam o telefonema após, um máximo de 3 tentativas.

Das 32 puérperas, com quem estabeleci contato, 10 delas fizeram todos ou quase todos os exercícios do folheto, 6 fizeram os exercícios do folheto associados a outra AF como caminhadas, 4 fizeram apenas caminhadas ou caminhada associada a outra AF, 2 iniciaram um curso pós-parto e 1 das parturientes inicialmente fazia os exercícios do folheto, contudo deixou de os realizar após uma semana, referindo não conseguir conciliar os cuidados ao RN e a realização dos exercícios do folheto.

As 9 puérperas que referiram não ter feito qualquer AF após o parto, 5 associaram este facto a não terem conseguido estabelecer as suas rotinas, 2 à exigência dos cuidados ao RN e 2 referiram não o ter feito meramente por se

encontrarem sem vontade de realizar qualquer AF. No sentido de motivar as puérperas para continuarem ou mesmo, iniciarem uma AF no pós-parto, foram relembradas as vantagens e desvantagens da mesma para a sua recuperação e, o pouco tempo necessário à realização dos exercícios do folheto, pelo que também teriam tempo para cuidar do RN ou realizarem outras AV.

Inicialmente o estabelecimento do contato telefónico com as puérperas foi complicado e os primeiros *feedbacks* eram no sentido da não adesão à realização dos exercícios do folheto. Contudo, após um período de reflexão e, posterior validação com a professora orientadora do estágio, de algumas estratégias para o aumento da adesão das puérperas (Quadro 3), esta situação reverteu.

Face a este *feedback*, dado pelas puérperas com quem consegui estabelecer contacto posterior ao seu internamento, considero que o objetivo foi atingido, visto a adesão à prática de AF no pós-parto ter sido superior a metade das puérperas.

Quadro 3. Estratégias para o aumento da adesão da prática de Atividade Física no Pós-parto (adaptado de Lowdermilk & Perry, 2008)

- Informar que a realização dos exercícios do folheto é breve;
 - Enunciar as vantagens de desenvolverem a AV Mobilidade (grau de independência total no desenvolvimento desta AV mais brevemente, prevenção das incontinências de esforço e prolapsos e ser um momento só para si);
 - Focar todas as desvantagens da não realização dos exercícios (incontinência e prolapsos);
 - Entregar o folheto e explicar detalhadamente os exercícios;
 - Incluir o companheiro na supervisão do desenvolvimento dos exercícios;
 - Ligar 3-4 semanas depois do parto, para dar mais tempo para o restabelecimento do seu grau de dependência/ independência após o parto;
 - Demonstrar os exercícios, caso seja necessário;
- Disponibilizar o meu contacto para esclarecimento de dúvidas, contribuindo para o aumento do grau de autonomia da mulher no desenvolvimento das suas AVs.

Ainda no 1º estágio do TP, tive a oportunidade de realizar intervenções específicas da competência dos EEESMO, tais como a monitorização cardíaca fetal interna. Este é um método de monitorização cardíaca fetal direta que consiste na colocação de um elétrodo em espiral, aplicado diretamente no escalpe da apresentação fetal, após rotura das membranas. É posteriormente conectado a um elétrodo de referência na coxa da parturiente, de modo a eliminar qualquer interferência elétrica (Cunningham, Leveno, Bloom, Spong, Dashe, Hoffman, Casey & Sheffield, 2014). Uma vez que no BP onde desenvolve o ER é preconizada o registo contínuo de CTG, quando não se conseguia monitorizar o feto através da aplicação do transdutor sobre o abdómen materno, era feita a monitorização dos batimentos cardíofetais desta forma.

A amniotomia, também designada de rutura artificial das membranas, pode ser realizada para induzir o TP ou para acelerar o mesmo. É ainda utilizada, quando é necessária a colocação de uma monitorização cardiotetral interna (Lowdermilk & Perry, 2008). Apesar deste aspeto, à luz da evidência científica atual, não se deve realizar uma rutura artificial das membranas por rotina, uma vez que pode conduzir ao aumento da percentagem de cesarianas (Montenegro & Rezende Filho, 2013). A OMS (1996) refere não haverem estudos acerca da existência de vantagens na realização deste procedimento, devendo haver portanto, uma razão válida para a sua realização.

Tive oportunidade de realizar esta intervenção em algumas situações, após uma avaliação cuidadosa, fazendo posteriormente, uma monitorização mais minuciosa, uma vez que, na sua sequência, pode ocorrer prolapso do cordão umbilical (Lowdermilk & Perry, 2008).

A dor trata-se de um fenómeno desagradável com componentes sensoriais e emocionais que a tornam muito pessoal. Dado a sua natureza subjetiva, é difícil de medir e de comunicar (Roper, Logan & Tierney, 1995; Lowdermilk & Perry, 2008) afetando as *AV comunicação e manutenção de um ambiente seguro*. A integração de medidas não farmacológicas de controlo da dor é muito importante durante o TP, pois aumenta o conforto e bem-estar da mulher, concorrendo para uma vivência mais positiva do TP. Estas podem ser aprendidas em Cursos de Preparação para a Parentalidade ou até, em diversos livros, contudo, muitas delas necessitam de prática para que os seus resultados sejam os melhores.

Massagens, uso da água quente, deambulação, básculas, aromaterapia, musicoterapia, respiração lenta ou estimulação elétrica transcutânea, são algumas das inúmeras técnicas que podem ser utilizadas pelos EEESMO. A mulher, deve ser encorajada a utilizar um ou vários destes métodos, podendo, no entanto, solicitar métodos farmacológicos para o controlo da dor, se ou quando, os não farmacológicos forem ineficazes, ou assim o desejar (Lowdermilk & Perry, 2008; Montenegro & Rezende Filho, 2013).

Durante o ER tentei desenvolver junto das parturientes/pessoa significativa o maior número de medidas não farmacológicas de controlo da dor.

Ao verificar que não estavam a ser suficientemente eficazes, cooperava com os Anestesistas na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor, nomeadamente na realização da técnica asséptica de colocação de cateter epidural, para a realização de analgesia epidural ou sequencial. Esta técnica mostrou ser das mais eficazes no alívio da dor no TP e, quando utilizada de forma adequada, provoca menos efeitos secundários maternos e fetais (Graça, 2010).

Geralmente o médico anestesista administrava a primeira dose de medicação, uma associação de Levobupivacaína e Sufentanil. Esta associação potencia a ação analgésica e, consequentemente permite a utilização de concentrações mais baixas de medicamento (Graça, 2010). Posteriormente, era administrada por mim, mediante solicitação da parturiente.

Com o objetivo de proporcionar um grau de independência o mais elevado possível nas AV *manutenção de um ambiente seguro, mobilidade e expressão da sexualidade*, tive a oportunidade de participar em 52 partos, ou seja, no 2º estágio do TP, todos eles de apresentação cefálica.

Prévio ao parto era realizada limpeza e desinfeção do períneo da parturiente e, com recurso à utilização de conjuntos de parto esterilizados, apesar das orientações da OMS (1996) apenas remeterem para a necessidade de lavagem perineal e não de desinfeção e de todo um ambiente esterilizado para proteger as parturientes do risco de infeção, como é comum nos blocos operatórios.

Em duas situações, deparei-me com uma distócia de ombros. Nesta situação, o ombro anterior fetal fica encravado na sínfise púbica materna e, não se exterioriza apenas com as contrações maternas. O cordão umbilical fica comprimido no canal de parto e, por esse motivo, esta situação é considerada uma emergência obstétrica (Cunningham *et al*, 2014).

Existem várias manobras que possibilitam a resolução deste tipo de distócia, contudo é necessária uma abordagem multidisciplinar coordenada (Cunningham *et al*, 2014). Em ambas as situações que vivenciei, a distócia de ombros foi resolvida apenas com recurso à Manobra de McRoberts e aplicação de pressão suprapúbica (reflexão descrita em Jornal de Aprendizagem).

A resolução bem sucedida destas situações, carece de pensamento crítico e capacidade de resolução em tempo útil. O apoio da EEESMO orientadora de estágio foi fundamental, tendo tornado mais claras as estratégias de resolução de uma distócia de ombros. Perante sinais de possível distócia de ombros, em futuras situações, devo explicar prontamente à grávida a importância da adoção de uma posição de quatro apoios (Manobra de Gaskin), de cócoras ou em decúbito lateral, para minimizar esta situação (Baskett, 2002; Bowes & Thorp, 2004 *in* Lowdermilk & Perry, 2008).

Prever estas situações não é inteiramente possível, contudo, face a algumas características e antecedentes maternos, devemos estar alerta para a possibilidade da ocorrência de uma distócia de ombros, como é o caso de parturientes obesas, diabéticas ou multíparas, gravidez pós-termo, se estamos perante uma macrosomia fetal, ou se existe história anterior de macrosomia fetal ou distócia de ombros. É ainda uma possibilidade, quando associado a alguma das situações supracitadas, o período expulsivo está a ser longo e, que se preveja um parto instrumental (Clode, Jorge & Graça, 2012).

A posição adotada pela parturiente aquando do período expulsivo pode ser decisiva para o desfecho do mesmo. Quando a mulher decide permanecer no leito, a necessidade rítmica de realizar força é atrasada e a gravidade não pode exercer a sua função, ou seja, de realizar pressão sobre a apresentação contra o pavimento pélvico (Lowdermilk & Perry, 2008). O EEESMO deve então, como de facto fui tentando fazer, explicar às mulheres e incentivá-las a usar preferencialmente posições como o decúbito lateral, de quatro apoios, de cócoras, sentadas ou de pé (Lowdermilk & Perry, 2008), de acordo com cada situação. Tive a oportunidade de participar num parto com a grávida de cócoras e outro em que a grávida se sentou no banco de partos. Nos restantes partos, as grávidas adotaram a posição de semi-fowler ou de litotomia modificada. Tal facto, deveu-se à difícil adesão, possivelmente associado ao desconhecimento e à imagem social de parir ainda ser, nos dias de hoje, em posição de litotomia.

Durante o estágio tive a oportunidade de realizar, por diversas vezes, a técnica da episiotomia. Todavia, esta não era realizada de forma sistemática visto que, já em 1996, a OMS aludia não haver evidência científica que

demonstrasse benefícios pela prática rotineira da episiotomia. A OMS considera ainda a sua prática por rotina inapropriada e recomenda que seja alcançada uma taxa de episiotomia de 10%. A nível da Europa, Portugal é o segundo país com maior taxa de episiotomias em partos vaginais (72,9%), sendo o Chipre o país com a taxa mais alta (75%) e, a Dinamarca, o país com a taxa mais baixa, ou seja de 4,9% (Euro-Peristat, 2010).

Nesta perspetiva, foi realizada episiotomia a 20 parturientes. Apesar de ter sido realizada em percentagem superior ao recomendado pela OMS (38%), a avaliação feita às parturientes foi realizada aquando da coroação, diagnosticada a sua necessidade e só foi executada a técnica, quando necessário, de modo a assegurar um grau de independência o mais elevado possível nas AV *manutenção de um ambiente seguro, mobilidade e expressão da sexualidade*. Possivelmente, a necessidade de mais treino na apreciação correta das características do períneo levou a uma percentagem tão elevada.

Esta técnica é realizada para aumentar o diâmetro do canal vaginal e diminuir a incidência de laceração perineal em situações em que seja necessário abreviar o período expulsivo ou para permitir um campo mais amplo para intervenções obstétricas, partos pélvicos, apresentações occipito-posteriores, distócias de ombros, entre outras. Deve ser realizada sob anestesia para evitar a dor provocada pela incisão, sendo a incisão mediano-lateral a mais indicada (Lowdermilk & Perry, 2008; Graça, 2012; Cunningham *et al*, 2014).

Em 13 das parturientes verificaram-se lacerações de primeiro grau e em 7 parturientes lacerações de segundo grau. Estas, são lesões do períneo que ocorrem aquando do nascimento da cabeça fetal e classificam-se mediante a sua profundidade, sendo as lacerações de primeiro grau aquelas que se estendem através da pele e estruturas superficiais aos músculos e as de segundo grau aquelas que se estendem ao longo dos músculos do corpo do períneo (Lowdermilk & Perry, 2008).

Posteriormente, deve proceder-se à reparação quer das episiotomias, quer das lacerações. Esta, deve ser feita sob efeito anestésico, por planos e, empregando o mínimo de material de sutura, de modo a promover uma boa hemostase e reconstrução anatómica (Cunningham *et al*, 2014). Em 2 dos partos

em que participei, foi o Ginecologista/Obstetra quem realizou a sutura, num caso por não se visualizar o início da laceração e no outro por ter sido necessário realizar dequitação manual no bloco operatório. Em 10 dos partos em que colaborei, o períneo da parturiente manteve-se íntegro.

Muitas vezes, durante o TP, o cordão umbilical enrola-se à volta do pescoço do RN, formando uma circular cervical. Exceccionalmente, esta circular é apertada, podendo provocar hipoxia. Por este motivo é importante, após a expulsão da cabeça da apresentação, realizar-se uma palpação suave que permita identificar a sua presença (Lowdermilk & Perry, 2008). Perante a sua presença e, se a circular cervical for larga, pode deslizar-se delicadamente sobre a cabeça (Mercer, Skovgaard, Peareara-Eaves & Bowman, 2005), mas se é apertada ou se existe uma segunda circular, deve ser utilizada a Manobra de Somersauld (Mercer *et al*, 2005). Esta manobra, foi descrita pela primeira vez em 1991 por Schorn e Branco e, consiste em ajudar a nascer lentamente os ombros do RN, sem manusear o cordão e, simultaneamente, fletir a sua cabeça. Mantendo a cabeça do RN perto do períneo, realizar uma flexão semelhante a uma “cambalhota”, mantendo os seus membros inferiores apontados para os membros inferiores da parturiente. Deste modo o cordão desenrola-se naturalmente do pescoço do RN, resolvendo a circular cervical (Mercer *et al*, 2005).

Deparei-me, no decorrer do ER com 7 situações em que o RN apresentava 1 circular cervical e 4 em que apresentava 2 circulares cervicais, sendo que, numa destas também me deparei com um nó verdadeiro do cordão umbilical. Com vista a assegurar a AV *manutenção de um ambiente seguro* ao RN, procedi à clampagem e secção do cordão umbilical nas circulares apertadas, desfazendo as restantes como foi supracitado. Recorri apenas numa das situações à Manobra de Somersauld, por terem sido poucas as situações de circulares cervicais largas para treinar esta manobra e, no início do estágio não me sentir suficientemente segura para a realizar.

Excetuando situações de emergência e se assim fosse o desejado, a secção do cordão umbilical era realizada pela parturiente ou pela pessoa significativa que a estava a acompanhar. Aquando do acolhimento no BP, essa

opção era discutida e, respeitada neste momento. Era preconizada a clampagem tardia do cordão ou mesmo só após deixar de pulsar. Segundo as recomendações da OMS de 2012^a, corresponde a aproximadamente 1-3 minutos após a expulsão fetal. A clampagem tardia do cordão é a conduta mais correta, devendo de haver uma justificação adequada para a sua não realização (OMS, 1996). A clampagem tardia do cordão umbilical pode ser responsável pelo aumento dos níveis de ferro, expansão do volume sanguíneo e diminuição da incidência de anemia no RN. Para os RN pré-termo, também esta prática é vantajosa, traduzindo-se num maior volume de hemoglobina, diminuição da necessidade de transfusões, maior estabilidade a nível da circulação sanguínea e taxas inferiores de hemorragia intraventricular e de enterocolite necrozante (Cunningham *et al*, 2014).

Aquando da expulsão do RN de modo a manter a *AV controlo da temperatura corporal* e, conseqüentemente, não permitir uma grande perda de calor, o RN era seco de imediato com um pano esterilizado existente no conjunto de partos. Era ainda estimulado de modo a assegurar a *AV respiração*, permeabilizando as suas vias aéreas.

Era igualmente atribuído o Índice de Apgar. Este permite uma rápida avaliação da necessidade de reanimação do RN, baseada em cinco sinais indicadores do seu estado fisiológico (frequência cardíaca, frequência respiratória, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração da pele). Estes indicadores são avaliados e é-lhes atribuído um valor de 0 a 2, sendo o Índice de Apgar, a soma dos valores atribuídos a esses cinco indicadores ao 1º, 5º e 10º minutos de vida do RN (Cunningham *et al*, 2014). Se fosse necessária reanimação do RN, era contactado o Neonatologista e os cuidados de reanimação eram prestados no quarto, uma vez que eram equipados com uma unidade de reanimação neonatal.

De modo a prestar cuidados de qualidade às parturientes e por ser um “Hospital Amigo dos Bebés” (certificação desde 30 de Setembro de 2016), são preconizados o contacto pele-a-pele e o aleitamento materno precoces. O RN era colocado em contacto pele-a-pele com a mãe, onde permanecia a não ser que necessitasse de cuidados de reanimação imediatos, com vista a promover

as AV *manutenção de um ambiente seguro, comunicação, respiração e controlo da temperatura corporal*. Era então iniciado o aleitamento materno, estimulando o início da AV *comer e beber*, colocadas as pulseiras de identificação na mãe e no RN, administrada a vitamina K via intramuscular e aplicada a pomada ocular de oxitetraciclina, intervenções protocoladas neste BP, de modo a assegurar a AV *manutenção de um ambiente seguro*.

A vitamina K é utilizada na prevenção da alteração da coagulação sanguínea e de hemorragia prolongada associadas à carência de vitamina K. Em 2012, a OMS publicou o documento *Recommendations for Management of Common Childhood Conditions*, onde a administração de 1 mg de vitamina K por via intramuscular a todos os RN após o nascimento, é fortemente recomendada podendo, no entanto, ser administrada após a primeira hora de vida, durante a qual, o RN deve estar em contacto pele-a-pele com a mãe e iniciado o aleitamento materno (OMS, 2012_b).

A aplicação da pomada oftálmica por sua vez, tem o objetivo da prevenção da conjuntivite neonatal, que pode ser contraída aquando da passagem do RN através do canal de parto (Cunningham *et al*, 2014). Em países industrializados, a conjuntivite neonatal já não é considerada um problema de saúde pública e, por já se encontrarem disponíveis várias estratégias para a sua prevenção, alguns países optaram até, por descontinuar a realização da sua profilaxia aquando do nascimento do RN (Schaller & Klauss, 2001). A sua realização por rotina, utilizando antibióticos tópicos, pode ainda, aumentar o risco de resistência, especialmente, em situações de conjuntivite neonatal por Gonococos (Schaller & Klauss, 2001). Apesar do supracitado, a sua aplicação encontra-se protocolada neste BP e como tal, é realizada a todos os RN.

Apenas passados 50-60 minutos, o RN era pesado e vestido, de modo a assegurar a AV *higiene pessoal e vestuário*, uma vez que, a OMS recomenda a colocação do RN em contato pele-a-pele com a mãe durante a primeira hora de vida, após o nascimento com o objetivo da prevenção da hipotermia (AV *controlo da temperatura corporal*) e da promoção do aleitamento materno (AV *comer e beber*) (OMS, 2012_b).

Era feita uma observação do RN, com vista a serem identificados sinais de alterações à adaptação à vida extrauterina. Caso se verificassem, era solicitada a cooperação do Neonatologista, de modo a iniciar intervenções adequadas (Lowdermilk & Perry, 2008). Foram, portanto, planeadas e implementadas intervenções para assegurar as *AV comunicação e manutenção de um ambiente seguro* da parturiente/RN/pessoa significativa e deste modo, integrei e promovi a vinculação do recém-nascido e sua família.

Relativamente ao 3º estágio do TP, tive a oportunidade de desenvolver competências de EEESMO na realização da dequitação. Este estágio inicia-se, de um modo geral, cerca de 3-5 minutos, podendo ir até 1 hora após a expulsão fetal e, consiste em todo o processo que leva à expulsão da placenta (Graça, 2010). Após a expulsão fetal, o útero contrai espontaneamente e, a diminuição repentina das dimensões uterinas juntamente com a redução da área de implantação da placenta leva, geralmente, à formação de um hematoma retroplacentário o que, acelera o processo de separação da placenta do seu local de implantação (Graça, 2010).

A dequitação pode dar-se por separação inicial da placenta da sua zona mais central, formando um hematoma que só é expulso após a saída da placenta, denominando-se este, de Mecanismo de Baudeloque-Schultze ou, por separação da placenta inicialmente pela periferia, que resulta numa hemorragia que se exterioriza antes da placenta ser visível na vulva, o Mecanismo de Duncan-Varnekes (Graça, 2010). Nesta etapa, é importante que se dê a expulsão completa da placenta e que se evite uma inversão uterina, as duas complicações mais graves deste estágio (Cunningham *et al*, 2014).

A minha postura foi sempre expectante relativamente a este estágio, aplicando, por vezes, pressão moderada a nível da região suprapúbica e suave tração a nível do cordão umbilical, de modo a facilitar este processo. A conduta expectante ou fisiológica, implica esperar por sinais de descolamento da placenta e permitir que esta seja expulsa espontaneamente ou apenas com intervenções como estimulação do mamilo ou utilização da gravidade (OMS, 2012a).

Após a expulsão da placenta, era administrada medicação uterotónica, com o objetivo de diminuir as perdas hemáticas (Graça, 2010). Na instituição onde desenvolvi o estágio, o fármaco protocolado para o efeito, era a oxitocina, que foi administrada a todas as mulheres em cujos partos participei. A OMS (2012a) recomenda que seja administrada por via endovenosa ou intramuscular, 10 UI de oxitocina e feita tração controlada do cordão, caso o 3º estágio do TP demore mais de 30 minutos. Posteriormente e, com o intuito de garantir a sua integridade, bem como do cordão umbilical e das membranas, procedia à sua observação minuciosa.

Em 3 situações houve suspeita de membranas fragmentadas, tendo sido referenciado para o médico Obstetra, uma vez que a situação ultrapassava os limites da minha competência e para posteriormente, se verificar ecograficamente essa eventualidade. Numa das situações confirmou-se a existência de membranas fragmentadas tendo sido necessário realizar curetagem guiada ecograficamente. Tive a oportunidade de colaborar na sua realização, assegurando *a manutenção de um ambiente seguro* à parturiente. Numa outra situação, houve mesmo necessidade da parturiente ir ao bloco operatório para a realização de dequitação manual, por retenção da placenta.

3.2.3. Cuida da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pós-natal

O EEESMO, neste estágio, como é referido no descritivo desta competência, “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” (Lei nº 127/2011, p.8664).

Ainda que esta competência tivesse sido trabalhada no Ensino Clínico II e Ensino Clínico III, não foi dirigido especificamente às primeiras 2 horas do puerpério, puerpério imediato, em que a mulher necessita de uma maior vigilância, pois é restabelecida a homeostase e podem acontecer neste período, complicações graves, como é o caso da hemorragia (Lowdermilk & Perry, 2008).

A avaliação física da puérpera, como meio de assegurar as AV *manutenção de um ambiente seguro* e *eliminação* é fundamental. Foram, portanto, avaliados os sinais vitais, a involução uterina, através da palpação para localização do fundo uterino e, a presença do globo de segurança de Pinard formado, se a bexiga se encontrava distendida e com necessidade de esvaziamento, a quantidade e características dos lóquios e a perineorrafia, a 69 puérperas de quem cuidei (Lowdermilk & Perry, 2008). Foi também, feita uma reavaliação do RN, sendo observados todos os aspetos físicos que não foram observados imediatamente aquando do seu nascimento.

Neste período, as puérperas e RN, não estão apenas a recuperar do esforço do TP, mas também a estabelecer pela primeira vez, uma relação de vinculação (Lowdermilk & Perry, 2008).

Os pediatras Marshall Klaus e John Kennel foram os primeiros a estudar e descrever o relacionamento entre pais e RN, chegando a recomendar um período em que ambos pudessem tocar, agarrar e comunicar com o RN como meio de favorecer e valorizar a sua ligação. Recomendavam ainda que o RN fosse deitado no peito materno, potencializando assim o contacto íntimo entre os dois e, posteriormente se iniciasse o aleitamento materno (Brazelton, 2013).

Como a instituição é um “Hospital Amigo dos Bebés”, há um cuidado particular relativamente ao contacto pele-a-pele e o aleitamento materno precoces. Tive nesse sentido, a oportunidade de promover e assegurar a AV *manutenção de um ambiente seguro* e da AV *comunicação*, colocando o RN em contato pele-a-pele com a puérpera e AV *comer e beber* do RN, verificando os seus reflexos de sucção e de deglutição e, estabelecendo o aleitamento materno. Houve uma situação em que não foi realizado aleitamento materno por patologia materna (mastectomia radical bilateral) e, portanto, por incapacidade de amamentar da puérpera. Foi então, instruído e ensinado à puérpera, como alimentar o RN com fórmula láctea.

Foram também asseguradas as AV *respiração, eliminação, higiene pessoal e vestuário, controlo da temperatura corporal, mobilidade* e *sono* do RN enquanto este permaneceu junto da puérpera/pessoa significativa.

Findas as 2 horas do puerpério imediato, se hemodinamicamente estáveis, resolvida a AV *eliminação* (eliminação vesical) e restabelecida a AV *comer e beber*, transferia a puérpera/RN para o Serviço de Puerpério.

Tive ainda a oportunidade de assegurar a continuidade de cuidados às puérperas a quem prestei cuidados no BP, durante o internamento na unidade de Puerpério, procurando identificar situações inerentes ao desenvolvimento de competências, preconizando uma melhoria da qualidade de cuidados.

Frequentemente a reação destas mulheres era de agradecimento pelos cuidados que lhes haviam sido prestados e de partilha das experiências que tinham vivido até então, desde que as tinha deixado de acompanhar. Esta oportunidade tornou-se uma mais valia para a minha aprendizagem enquanto futura EEESMO, visto que aquele momento foi preponderante para perceber qual o impacto da minha prestação de cuidados e onde poderia melhorar. Em algumas situações, tive a oportunidade de observar a evolução do períneo submetido à perineorrafia por mim realizada, o que também foi importante para identificar quais as melhorias a introduzir na realização da técnica.

Uma das puérperas verbalizou ainda, que eu deveria ter mais confiança aquando da condução dos esforços expulsivos. Referiu que em determinado momento teve dificuldade em se controlar porque deixou de me ouvir de entre todos os que estavam presentes na sala de partos. Este testemunho fez-me refletir acerca do caminho que ainda tenho de percorrer para melhorar a minha capacidade de desenvolver e assegurar a AV *comunicação*, para alcançar a maturidade e excelência profissional. Permitiu-me também refletir acerca do meu papel enquanto EEESMO para que a mulher/pessoa significativa vivam o TP como uma experiência de vida única.

3.2.4. Ganhos em Saúde no Trabalho de Parto com a Promoção da Atividade Física na Gravidez

A realização da SR ditou alguns objetivos que foram desenvolvidos ao longo dos Ensinos Clínicos e ER, delineados aquando da realização do Projeto de Estágio.

Foi construído e utilizado o Instrumento de Registo da Prática de Cuidados (Apêndice 3) em 45 parturientes que cuidei, cujas idades se encontravam compreendidas entre os 18 e os 42 anos. Todas elas vigiaram a gravidez, apesar de uma das parturientes apenas ter iniciado a vigilância às 28 semanas de gestação (não tendo justificado a razão para este facto). Eram maioritariamente saudáveis, havendo apenas uma parturiente com hipertensão crónica controlada e obesidade e, uma parturiente com história de epilepsia com síncope que já não se manifestavam há anos, segundo a mesma.

Este instrumento de registo permitiu a recolha de informação relevante junto das puérperas para a caracterização do desenvolvimento da AV *mobilidade*, ou seja, da prática de AF durante a gravidez, assim como as suas implicações no TP, permitiu ainda a adequação progressiva dos cuidados que implementei e confrontar os resultados da minha prática de cuidados especializados com a evidência científica.

Relativamente a quem transmitiu orientações acerca da realização de AF durante a gravidez, 17 parturientes referiram não ter tido qualquer orientação, 13 tiveram orientações por parte do médico, 5 dos enfermeiros, 4 receberam orientações do médico e do enfermeiro, 4 de um profissional de AF ou nutricionista e, as restantes 2 tiveram orientações apenas de familiares e amigos. Questionei-me, porque é que a maioria das parturientes, apesar de terem vigiado a sua gravidez, referirem não ter tido quaisquer orientações acerca do desenvolvimento da AV *mobilidade*, uma vez que esta temática integra os temas a abordar nas consultas de vigilância da gravidez de baixo risco (DGS, 2015).

Inicialmente identifiquei quantas parturientes praticaram AF durante a gravidez, tendo constatado que 36 das parturientes praticaram, pelo menos uma AF durante a gravidez, para aumentar o seu grau de independência, mais especificamente, com o objetivo de controlo do peso e da Diabetes Gestacional, para obter maior bem-estar e melhor preparação física, redução do stress relacionado com o parto e maior controlo da respiração.

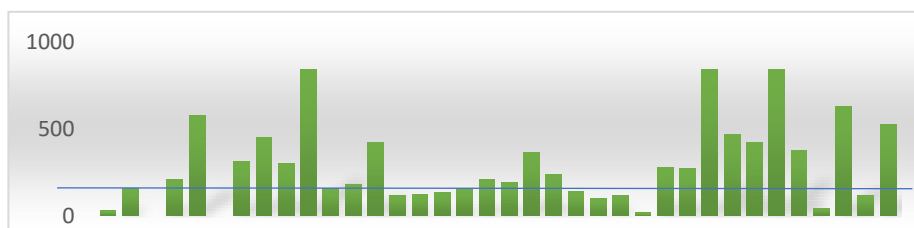
As restantes 9, referiram não ter realizado qualquer AF, sendo as razões evocadas: gravidez de risco (4), não gostar ou não estar motivada (2), dificuldade

em conciliar a AF com a atividade laboral (2) e dificuldade em conciliar a AF com a atividade laboral e, posteriormente, gravidez de risco (1).

De entre aquelas que praticaram AF durante a gravidez, 22 grávidas praticaram apenas uma modalidade de AF e, as restantes, praticaram duas modalidades, tendo sido a caminhada a modalidade mais praticada (19), seguida pelo yoga (3).

De acordo com a ACOG (2015), a prática de AF deve ser de, pelo menos, 150 minutos de atividade aeróbica de intensidade moderada ao longo da semana, confirmado também através dos resultados da SR. Contudo após leitura e análise dos dados registados da prática de cuidados (Gráfico 1), o que podemos constatar é que a maioria das parturientes (21) praticou mais tempo de AF por semana que o recomendado, 10 parturientes não praticaram o tempo recomendado e, apenas 4 parturientes desenvolveram aproximadamente, o tempo de AF preconizado. Numa das situações a parturiente não conseguiu explicitar a duração da AF por semana e, na outra, tinha sido esporádica.

Gráfico 1. Distribuição, por parturiente, da duração semanal, em minutos, da AV mobilidade



Relativamente à intensidade, na sua maioria, ou seja, 17 parturientes referem que esta foi uma prática de intensidade moderada, 10 de intensidade leve a moderada, 6 de intensidade leve e, apenas em 2 situações, de intensidade moderada a intensa. A maioria das parturientes vai ao encontro das orientações da ACOG (2015) e da OMS (2010), visto definirem a intensidade moderada como a intensidade mais adequada de prática de AF.

Contudo, de uma forma geral, o desenvolvimento da AF destas parturientes desvia-se ligeiramente das recomendações da ACOG (2015), uma vez que a sua maioria, praticou, por semana, AF por um tempo superior ao recomendado. Não obstante, cada parturiente tem a sua própria individualidade, o que faz com que cada mulher desenvolva de forma única cada AV (Roper,

Logan & Tierney, 1995) e, portanto, poderá este tempo, ser o adequado para cada uma delas, especialmente porque a intensidade desta prática de AF era maioritariamente moderada ou de leve a moderada.

Procedi, seguidamente à leitura e análise dos registos da prática de cuidados, para identificar os resultados da AV *mobilidade*, mais precisamente de AF, durante a gravidez para o TP, segundo os resultados da SR, quanto a:

Tipo de Parto: parece haver uma redução da taxa de cesarianas e dos partos distócicos e, conseqüentemente um aumento dos partos eutócicos (Domenjoz, Kayser & Boulvain, 2014; Barakat *et al*, 2012; Ko, Chen & Lin, 2016; Poyatos -Léon *et al*, 2015; Szumilewicz *et al*, 2013; Silveira & Segre, 2012).

Durante a prestação de cuidados pude constatar que entre as parturientes que praticaram AF durante a gravidez, houve 26 partos eutócicos, 3 cesarianas e 7 partos distócicos por ventosa e fórceps (1) e, entre as parturientes que não praticaram AF, 6 partos eutócicos, 2 cesarianas e 1 parto distócico por ventosa. Significa, portanto, que 72% dos partos entre as parturientes que praticaram AF durante a gravidez, foram partos eutócicos e, entre as parturientes que não praticaram AF foi apenas de 67%, indo ao encontro da evidência científica.

Duração dos Estádios do Trabalho de Parto: existe uma relação entre a prática de exercício e a menor duração do 1º estágio do TP (Perales *et al*, 2016; Salvesen *et al*, 2014; Ghodsi, Ashoghiri & Hajiloomohajerani, 2012). No estudo realizado por Ghodsi, Ashoghiri e Hajiloomohajerani (2012) há evidência, apesar de não significativa, da eventual diminuição da duração do 2º estágio do TP.

Contraditoriamente aos resultados da evidência científica, pude constatar que o tempo médio de duração do 1º estágio de TP foi de 7 horas nas parturientes que desenvolveram AF durante a gravidez e, de 6 horas para as que não praticaram AF. Apesar das parturientes serem maioritariamente nulíparas (55,6% no grupo de parturientes em que praticaram AF durante a gravidez e 66,7% no grupo em que não praticaram AF) este facto pode dever-se a outros fatores, tais como eventuais distócias que tenham ocorrido, a cada parturiente ter a sua própria individualidade de vida, a cada uma ter praticado AF de forma diferente durante o TP, ou até, ao facto de algumas terem sido submetidas a

indução do TP. Teria sido importante, uma recolha de dados mais minuciosa acerca dos fatores que influenciaram a duração do 1º estágio do TP e, teria sido também interessante que todas as parturientes tivessem realizado as mesmas AF, com igual duração e intensidade, durante a gravidez e, o mesmo tipo de AV *mobilidade* durante o TP. Numa das parturientes a duração do 1º estágio do TP não foi contabilizada pois foi internada no BP já em período expulsivo.

Taxa de Lacerações perineais: há maior probabilidade de períneos intactos, quando há um seguimento de programas de AF durante a gravidez, assim como redução das taxas de laceração perineal de segundo grau (Ghodsí, Ashoghi & Hajiloomohajeri, 2012).

De entre as parturientes que realizaram AF durante a gravidez houve 2 ocorrências de períneo intacto e 3 de laceração de segundo grau, o que significa que houve uma percentagem de 5,5% de incidência de períneo intacto e 8,3% de lacerações de segundo grau. Nas parturientes que não praticaram AF durante a gravidez constatei 2 situações de períneo intacto e 1 de laceração de segundo grau, o que se traduz numa incidência de 11,1% de períneo intacto e de 22,2% de lacerações de segundo grau. Apesar da taxa de laceração de segundo grau estar de acordo com os resultados da SR, o mesmo não acontece com a taxa de períneos intactos, que é menor nas parturientes que praticaram AF durante a gravidez. O facto do número de mulheres que praticou AF durante a gravidez ser muito superior ao das que não praticou pode ter sido um fator preponderante nesta situação, bem como outros aspetos tais como a apresentação fetal e sua descida através do canal vaginal ou até mesmo, o controlo da mulher aquando da realização de esforços expulsivos.

Estado Emocional: as alterações hormonais a que a grávida está sujeita, altera frequentemente o seu estado emocional. Todavia, este deve ser mantido estável, sem grandes oscilações e sem ansiedade associada ao TP. No estudo analisado, o grupo de grávidas que participou em programas de AF não atingiu níveis tão elevados de ansiedade aquando do TP (Guszkowska, 2011).

Quando foi realizado o instrumento de registo de interação, foi introduzida uma adaptação do Profile of Moods States (Anexo 1) que me permitiu registar o que observei relativamente ao estado emocional das parturientes. Ao interpretar

os dados registados, pude identificar que 75% das parturientes que praticaram AF durante a gravidez apresentavam um estado emocional afável e/ou vigorosa, 16,6% mostraram um estado deprimido e/ou de fadiga e, 8,3% apresentavam um estado de ira e/ou confusão. Apenas 55,5% das parturientes que não desenvolveram qualquer programa de AF apresentavam um estado emocional afável e/ou vigoroso e 44,4% apresentavam um estado deprimido e/ou de fadiga. Estes dados vão ao encontro dos referidos por Guskowska (2011). Apesar do estado emocional ser algo subjetivo e, portanto, poder ser mal interpretado.

Outros resultados positivos: a evidência demonstra que a média da FC materna é mais baixa em parturientes que praticaram AF durante a gravidez e não existir associação entre a prática de AF e o parto pré-termo (Söhnchen *et al*, 2011; Tinloy *et al*, 2014; Barakat *et al*, 2014; Pinzón *et al*, 2012). Os filhos de mulheres do grupo de intervenção, apresentaram um peso médio ao nascer de 3,013.2 kg, IG média de 38.9 ± 2.2 semanas e Índice de Apgar ≥ 7 ao 1º minuto em quase todos os RN e ≥ 9 ao 5º minuto, em todos os RN (Pinzón *et al*, 2012).

Durante a prática de cuidados, pude observar que as parturientes que desenvolveram a AF durante a gravidez apresentaram uma FC média de 79 bpm e, as parturientes que não praticaram AF a FC média foi de 91 bpm, coincidindo com os resultados do estudo de Söhnchen *et al* (2011).

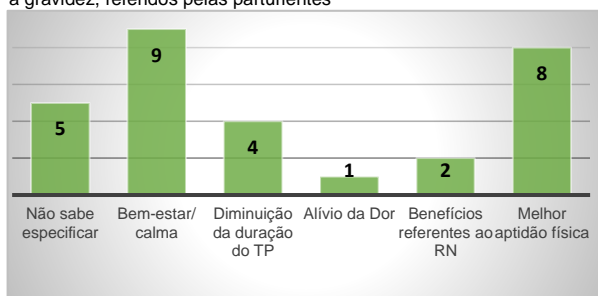
Relativamente ao parto pré-termo participei nos cuidados em 2 partos pré-termo de 36 semanas + 6 dias de entre as parturientes que praticaram a AF (5,9%) e 1 parto pré-termo de 35 semanas + 3 dias entre as parturientes que não praticaram a AF (11,1%), o que, apesar de não ser um número significativo, também vai ao encontro do que é descrito no estudo de Tinloy *et al* (2014).

Relativamente ao que observei em contexto de cuidados o peso médio do RN, nas parturientes que praticaram AF durante a gravidez foi de 3,283 kg, IG média de 39.1 ± 2.9 semanas e um Índice de Apgar ≥ 7 ao 1º minuto de vida em 33 dos RN, em 2 deles foi de 6 e num de 3, ou seja, em quase todos os RN. Ao 5º minuto, todos os RN apresentaram um Índice de Apgar ≥ 9 , o que parece coincidir com o referido por Pinzón *et al* (2012). Quanto aos RN filhos das parturientes que não praticaram AF durante a gravidez, o seu peso médio foi de 3,129 kg, IG de 38.5 ± 4.3 semanas e Índice de Apgar ≥ 7 ao 1º minuto de vida

em todos os RN e ≥ 9 ao 5º minuto em todos os RN, o que também parece muito semelhante aos achados do autor. Os resultados observados aquando da prestação de cuidados encontram-se mais próximos da evidência, relativamente aos RN cujas mães não praticaram AF. Este facto pode estar relacionado com o número de parturientes que não praticaram AF durante a gravidez ser inferior ao das parturientes que praticaram AF. Contudo, é importante ressaltar que foram sempre cumpridas as orientações descritas na evidência científica, promovendo a *manutenção de um ambiente seguro* à parturiente e ao RN e, assegurar também o maior nível de independência possível na realização das suas AV.

Todas as parturientes foram abordadas no final do parto, de modo a identificar os resultados da prática de cuidados durante o TP com ênfase na AV *mobilidade*. Apesar de não ter havido aumento do tempo de internamento nem situações de incapacidade temporária, a maioria das parturientes consideraram não ter havido quaisquer benefícios para si ou para o RN, associando este facto a não terem desenvolvido uma AF capaz de gerar ganhos em saúde no TP. Possivelmente este facto deve-se a quase todas terem apresentado lacerações de primeiro ou segundo grau e episiotomia e, algumas situações de distócia (3 partos por ventosas e 1 cesariana) (DGS, 2012).

Gráfico 2. Benefícios resultantes da prática de atividade física durante a gravidez, referidos pelas parturientes



As restantes 21 referiram ter tido benefícios (Gráfico 2), sendo os mais mencionados, o bem-estar e sensação de calma, seguido de uma aptidão física melhor. Apenas 1 referiu não saber se teve benefícios.

A maioria das parturientes, ou seja, 37, desenvolveram, com supervisão, a prática de AF durante o TP. Apenas 8 parturientes não o fizeram, apesar de vários autores enaltecerem os seus benefícios e de lhes terem sido explicados. Para além dos já referidos no capítulo dos resultados da aprendizagem da revisão da literatura, existem ainda outros benefícios da *mobilidade* durante o TP, mencionados em literatura cinzenta e enunciados no enquadramento teórico e conceptual, tais como melhoria da atividade uterina, serem uma forma de

distração, controlo dos desconfortos relacionados com o TP, diminuição da dor, melhoria da circulação materno-fetal e maior facilidade na descida fetal (Lowdermilk & Perry, 2008; Zwelling, 2010; Montenegro & Rezende Filho, 2013).

Contudo, o cansaço, crenças e fatores inerentes à cultura de cada parturiente, são exemplos de motivos para a sua não adesão e, consequentemente, respeitados, uma vez que o respeito pela decisão e individualidade de cada parturiente é algo fulcral para que a prestação de cuidados de Enfermagem seja de qualidade.

Numa primeira análise, parece emergir que os resultados da prática de cuidados não refletem os resultados da evidência científica. Contudo, após reflexão sobre este facto, considere-se que poderia dever-se à falta de orientação verbalizada pelas parturientes, ao número de parturientes que praticou AF durante a gravidez ser diferente do que não praticou, a prática de AF não ter sido desenvolvida mediante as *guidelines* emanadas pela ACOG em 2015 ou até, ter sido realizada sem supervisão de um profissional de saúde ou de AF.

O facto destes dados terem sido registados após a experiência pode, eventualmente, ter comprometido o rigor dos resultados, pois as parturientes estão a evocar e relatar acontecimentos passados. É importante considerar a tendência que os indivíduos têm para responder sobre uma situação de forma pouco precisa e que pode não refletir a situação real com precisão (Fain, 2013).

A educação/sensibilização acerca do desenvolvimento da AV *mobilidade* através da prática de AF durante a gravidez, deve ser direccionada às mulheres, e aos profissionais de saúde e técnicos de educação física para que também estes, trabalhem para a obtenção de ganhos em saúde e não se verifique um número de parturientes tão elevado a referir falta de orientação nesta área.

Segundo a OE (Lei nº127/2011), o EEESMO é o profissional que detém o conhecimento atual e a competência para orientar a parturiente nas AV promotoras de bem-estar e assegurar a *manutenção de um ambiente seguro* para a díade mãe/filho e, como tal, também detém a responsabilidade de incutir uma cultura de hábitos saudáveis durante a gravidez, que se reflitam posteriormente, em benefícios no TP e ganhos em saúde.

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A Ética ocupa-se da orientação do que cada um faz da sua vida, para o seu *próprio bem* e não depende senão da intenção de cada um, uma vez que se encontra no domínio da consciência. Os padrões éticos profissionais, por sua vez, assentam no conceito moral básico da preocupação com o bem-estar de outros seres humanos (OE, 2005).

Segundo a OE, “a relação entre quem cuida e quem recebe cuidados pauta-se por princípios e valores” (2005, p.63) e, o exercício da responsabilidade profissional deve reconhecer e respeitar a pessoa como ser único e digno. Nesse sentido, no exercício das suas funções, os enfermeiros devem de adotar uma conduta responsável e ética, atuando sempre de modo a respeitar os direitos e interesses legais dos cidadãos (OE, 2015).

São valores universais da profissão, como enunciado na Alínea 2 do Artigo 78º do Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2005), a igualdade, a liberdade responsável com capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional. Indo ao encontro do que a OE refere e, salvaguardando princípios éticos como a igualdade, a liberdade responsável, a autonomia, a vulnerabilidade humana, a beneficência e não maleficência, o consentimento informado, a verdade, a justiça, o altruísmo e a solidariedade, procurei nortear as minhas intervenções por estes mesmos princípios e, ao tomar qualquer decisão, durante a minha prestação de cuidados no ER, tive sempre em consideração os princípios éticos fundamentais que legitimam a escolha da intervenção a realizar, ou seja, do agir concreto (Deodato, 2014).

Para desenvolver este relatório, foi necessário registar informação acerca dos quatro estádios do TP das mulheres que cuidei e de alguns dos seus hábitos de vida. Foi, portanto, essencial tomar medidas que protegessem os seus direitos e interesses legais, determinados pelos códigos de ética.

As situações de aprendizagem e de desenvolvimento do saber não devem estar isentas de princípios orientadores gerais e, portanto, não devem desvincular-se da obrigatoriedade de manter a confidencialidade e, portanto, do sigilo profissional. Nesse sentido, as parturientes sobre as quais realizei os registos de cuidados, foram previamente informadas do dever de sigilo a que o enfermeiro está sujeito e, que se encontra contemplado no Artigo 85º do Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2005). Este remete para a obrigação do enfermeiro em “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação...” (OE, 2005, p.117). O dever de sigilo profissional existe, portanto, como forma de salvaguardar o direito que estas mulheres têm à confidencialidade.

Esclareci também acerca do objetivo desse mesmo registo e, foi pedido a todas, consentimento oral para a sua realização, bem como para o estabelecimento do contacto telefónico para avaliação de como estavam a desenvolver a *AV mobilidade* no pós-parto.

A qualidade dos cuidados de Enfermagem prende-se também com o respeito que devemos manter pelas mulheres que cuidamos e por esse motivo, procurei e procurarei ao longo da minha carreira, ser fiel a essa premissa.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E LIMITAÇÕES

O TP, é um momento marcante na vida de uma mulher/casal. Presentemente, a capacitação da mulher para a sua autonomia, está associada à sua participação nas decisões, após ser devidamente informada acerca da melhor evidência científica disponível (FAME & APEO, 2009).

Durante o desenvolvimento de todo o meu percurso formativo, trabalhei para fortalecer a autonomia da mulher/casal de modo a atingir a meta de desenvolver competências específicas do EEESMO, prestando cuidados de Enfermagem especializados à mulher/RN/família no âmbito da transição para a parentalidade e, tendo em vista a promoção da sua saúde e bem-estar, como planeei no início do estágio e, demonstrei durante a minha prática de cuidados.

Tracei ainda a meta de desenvolver competências gerais de Grau de Mestre, nomeadamente desenvolvendo a capacidade de análise do conhecimento que sustenta a prática de Enfermagem e suas dimensões ética, histórica, social e económica, dominando a linguagem científica. Ao redigir este Relatório de Estágio, mobilizei a minha capacidade de análise acerca do desenvolvimento do conhecimento, onde sustento a minha prática de Enfermagem, mostrando domínio da linguagem científica e sendo capaz de comunicar as minhas conclusões, processos de pensamento subjacentes de forma clara e perceptível.

Para que se alcance a excelência nos cuidados é preciso uma constante atualização de conhecimentos (Veríssimo, 2015). Nesse sentido, um dos objetivos a que me propus foi desenvolver competências de desenvolvimento da metodologia científica em Enfermagem, desenvolvendo o tema “Ganhos em Saúde no Trabalho de Parto com a Promoção da Atividade Física na Gravidez” e discutindo os resultados obtidos da SR com a prática de cuidados.

Não sendo o Relatório de Estágio um estudo científico puro, onde as amostras e as variáveis são controladas, as conclusões podem não ser ilustrativas da realidade. Alguns dos resultados da SR foram observados

aquando da prestação de cuidados em contexto de estágio, nomeadamente a existência de uma redução da taxa de cesarianas e partos distócicos, não se verificarem níveis tão elevados de ansiedade aquando do TP, a taxa de laceração de segundo grau ser mais baixa, bem como a média da FC materna, o que representa ganhos em saúde para a mulher/RN/família.

Este tema demonstra ser bastante pertinente e atual para a Enfermagem enquanto ciência e para uma melhor qualidade dos cuidados, porém, a evidência científica existente ainda é escassa, sendo, portanto, interessante a realização de investigação sobre esta temática.

Ao longo da realização deste relatório a limitação mais marcante foi o limite temporal estabelecido para o desenvolvimento do ER e realização do seu relatório. As 18 semanas estabelecidas para atingir os objetivos delineados, provaram ser um espaço de tempo muito reduzido. Mesmo tendo aproveitado todas as oportunidades, a disponibilidade para refletir, analisar e construir o saber necessário para a edificação do meu conhecimento, enquanto futuro EEESMO não foi o suficiente. Segundo Benner (2001, p.18), “a enfermagem é praticada em contextos reais, com dificuldades, possibilidades e recursos reais”, podendo os ambientes de trabalho criar constrangimentos às habilidades de resposta eficaz de cada pessoa, portanto, era importante um maior espaço de tempo para a adaptação, análise e reflexão das diversas situações que vivenciei, de modo a poder consolidar mais adequadamente os meus conhecimentos.

Em suma, a concretização do CMESMO enriqueceu consideravelmente o meu percurso profissional, mas também pessoal, contribuindo para que possa desenvolver uma prática de cuidados de Enfermagem baseada e justificada na evidência científica mais atual, de modo a atingir elevados índices de qualidade.

De futuro pretendo enriquecer a minha prática de cuidados com a aprendizagem que desenvolvi, informando as mulheres/pessoa significativa da importância e dos benefícios da prática de AF durante a gravidez para o bem-estar materno e fetal e para o TP, vigiando e treinando, exercícios específicos para que esta seja uma prática benéfica e segura para a mulher, reveladora de ganhos em saúde durante o TP e individualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Sports Medicine (2014). *ACSM's Guidelines for exercise testing and prescription*. (9th Edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Artal, R., Clapp, J., & Vigil, D. (2000). ACSM Current comment: exercise during pregnancy. *Exposure*. Acedido a 18/05/2016. Disponível em: <https://www.acsm.org/docs/current-comments/exerciseduringpregnancy.pdf>
- Barakat, R., Pelaez, M., Lopez, C., Montejo, R., & Coteron, J. (2012). Exercise during pregnancy reduces the rate of cesarean and instrumental deliveries: results of a randomized controlled trial. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 25(11), 2372-2376 5p. doi:10.3109/14767058.2012.696165
- Barakat, R., Pelaez, M., Montejo, R., Refoyo, I., & Coteron, J. (2014). *Exercise throughout pregnancy does not cause preterm delivery: A randomized, controlled trial*. *Journal of physical activity & Health*, 11(5), 1012-1017. doi:10.1123/jpah.2012-0344
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem* (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.
- Briggs, G., Freeman, R. (2015). *Drugs in Pregnancy and Lactation: a reference guide to fetal and neonatal risk* (Tenth Edition). Philadelphia: Wolters Kluwer Health
- Brazelton, T. (2013). *O Grande Livro da Criança – o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (13^a Edição). Lisboa: Editorial Presença
-

- Clode, N.; Jorge, C., & Graça, L. (2012) – *Normas de Atuação na Urgência de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital de Santa Maria* (2ª Edição). Lisboa: Bayer HealthCare
- Cunningham, F.; Leveno, K.; Bloom, S.; Spong, C.; Dashe, J.; Hoffman, B.; Casey, B., & Sheffield, J. (Ed.) (2014). *Williams Obstetrics*. (24ª Edição). McGraw-Hill Education
- Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*. Coimbra: Edições Almedina
- Diretiva 89/594/CEE de 30 de Outubro (1989). Altera o ponto B do anexo à Diretiva 80/155/CEE. *Conselho da União Europeia*. Acedido em: 20/12/2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Directiva%2089_594_CEE.pdf
- Domenjoz, I., Kayser, B., & Boulvain, M. (2014). Effect of physical activity during pregnancy on mode of delivery. *American journal of Obstetrics & Gynecology*, 211(4), 401.e1-401.e11 1p. doi: 10.1016/j.ajog.2014.03.030
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2014). *Regulamento de Mestrado 2014*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Euro-Peristat (2010). *European perinatal health report: Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*. Acedido a: 18/12/2017. Disponível em: <http://www.europeristat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf>
- Fain, J. (2013). *Reading, understanding, and applying Nursing research* (4th Edition). Philadelphia: F.A. Davis Company
- Federación de Asociaciones de Matronas de España; Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (2009). *Iniciativa Parto Normal: Documento de consenso*. Loures: Lusociência
-

- Ghodsi, Z., Asltoghiri, M., & Hajiloomohajerani, M. (2012). Exercise and pregnancy: duration of labor stages and perinea tear rates. *Procedia – Social and behavioral sciences*, 31, 441-445p. doi:10.1016/j.sbspro.2011.12.082
- Graça, L. (2010). *Medicina Materno-Fetal*. (4ª Edição Atualizada e Aumentada). Lisboa, Lidel
- Guszkowska, M. (2011). Physical activity in relation to affective states and labor anxiety in pregnant women. *Medicina Sportiva*, 15(3), 114-118.
- International Confederation of Midwives (2010, Revised 2013). *Essential competencies for basic midwifery practice*. Acedido a 21/07/2016. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>
- Ko, Y., Chen, C., & Lin, P. (2016). Physical activities during pregnancy and type of delivery in nulliparae. *European journal of sport science*, 16(3), 374-380 7p. doi:10.1080/17461391.2015.1028468
- Lei nº 127/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia. *Diário da República*, II Série, nº 35 (18/02/2011) 8662-8666. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127_2011_CompetenciasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf.
- Leite, L. (Coord.). (2012). *Pelo direito ao parto normal - uma visão partilhada*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Livro_Parto_Normal.pdf
- Lowdermilk, L., & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (7ª Edição). Loures: Lusodidacta
-

- Marriner-Tomey, Ann; Alligood, Martha Raile. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de Enfermagem* (5ª Edição). Loures: Lusociência
- Mercer, J., Skovgaard, R., Peareara-Eaves, J., & Bowman, T. (2005). Nuchal cord management and nurse-midwifery practice. *Journal of midwifery & women's health*. vol: 50 (5) pp: 373-379. doi: 10.1016/j.jmwh.2005.04.023
- Montenegro, C., & Rezende Filho, J. (2013). *Rezende, Obstetrícia*. (12ª Edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Olsson, I., Hagekull, B., Giannotta, F., & Åhlander, C. (2016). Adolescents and social support situations. *Scandinavian journal of Psychology*, 57(3), 223-232. doi:10.1111/sjop.12282
- Organização Mundial da Saúde. (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide*. Department of Reproductive Health & Research. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Switzerland: World Health Organization. Disponível em http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/
- Organização Mundial da Saúde. (2012a). *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/12/9789248548505_por.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2012b). *Recommendations for management of common childhood conditions: evidence for technical update of pocket book recommendations: newborn conditions, dysentery, pneumonia, oxygen use and delivery, common causes of fever, severe acute malnutrition and supportive care*. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44774/1/9789241502825_eng.pdf
-

- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise dos casos*. Lisboa: Edição da Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa. Edição da Ordem dos Enfermeiros
- PARECER Nº7/2012 de 29 de Junho. (2012). *Plano de Parto*. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Ordem dos Enfermeiros
- Perales, M., Calabria, I., Lopez, C., Franco, E., Coteron, J., & Barakat, R. (2016). Regular exercise throughout pregnancy is associated with a shorter first stage of labor. *American journal of health promotion*, 30(3), 149-154 6p. doi:10.4278/ajhp.140221-QUAN-79
- Pinzón, D. C., Zamora, K., Martínez, J. H., Floréz-López, M. E., de Plata, A. C. A., Mosquera, M., & Ramírez-Vélez, R. (2012). Type of delivery and gestational age is not affected by pregnant Latin-American women engaging in vigorous exercise: a secondary analysis of data from a controlled randomized trial. *Revista de salud pública* (Bogotá, Colombia), 14(5), 731-743.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016: 4.1. Objetivo para o Sistema de Saúde – Obter Ganhos em Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/OSS1.pdf>
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa. Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: <http://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>
- Poyatos-León, R., García-Hermoso, A., Sanabria-Martínez, G., Álvarez-Bueno, C., Sánchez-López, M., & Martínez-Vizcaíno, V. (2015). Effects of exercise during pregnancy on mode of delivery: a meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 94(10), 1039-1047. doi:10.1111/aogs.12675
-

- Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. J. (1995). *Modelo de Enfermagem*. (Terceira Edição) Alfragide: McGraw-Hill
- Salvesen, K. Å., Stafne, S. N., Eggebø, T. M., & Mørkved, S. (2014). Does regular exercise in pregnancy influence duration of labor? A secondary analysis of a randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 93(1), 73-79. doi:10.1111/aogs.12260
- Schaller, U., & Klauss, V. (2001). Is Credé's prophylaxis for ophtalmia neonatorum still valid?. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(3). doi:10.1590/S0042-96862001000300017
- Silveira, L. C., & Segre, C. A. M. (2012). Physical exercise during pregnancy and its influence in the type of birth. *Einstein* (São Paulo, Brazil), 10(4), 409-414.
- Söhnchen, N., Melzer, K., Tejada, B. M., Jastrow-Meyer, N., Othenin-Girard, V., Irion, O., Boulvain, M., & Kayser, B. (2011). Maternal heart rate changes during labour. *European journal of Obstetrics, Gynecology, and reproductive Biology*, 158(2), 173-178. doi:10.1016/j.ejogrb.2011.04.038
- Szumilewicz, A., Wojtyła, A., Zarębska, A., Drobnik-Kozakiewicz, I., Sawczyn, M., & Kwitniewska, A. (2013). Influence of prenatal physical activity on the course of labour and delivery according to the new Polish standard for perinatal care. *Annals of agricultural and environmental Medicine: AAEM*, 20(2), 380-389.
- Tinloy, J., Chuang, C. H., Zhu, J., Pauli, J., Kraschnewski, J. L., & Kjerulff, K. H. (2014). Exercise during pregnancy and risk of late preterm birth, cesarean delivery, and hospitalizations. *Women's health issues*, 24(1), e99-e104 1p. doi:10.1016/j.whi.2013.11.003
- The American Congress of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion No. 650: Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. (2015). *Obstetrics & Gynecology*. Vol.126(6). e135-e142 8p. doi:10.1097/AOG.0000000000001214
-

- The Joanna Briggs Institute. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/supplement - Methodology for JBI Scoping Reviews*. Australia: The Joanna Briggs Institute. Acessível em http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf
- Veríssimo, I. (Coordenação). (2015). *Livro de bolso – Enfermeiros especialistas em saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*: Ordem dos Enfermeiros
- Wadsworth, P. (2007). The benefits of exercise in pregnancy. *Journal for nurse Practitioners*. Vol.3(5). 333-338 6p.
- Zwelling, E. (2010). Overcoming the challenges: maternal movement and positioning to facilitate labor progress. *MCN. The American journal of maternal child Nursing*, 35(2), 72-78. doi:10.1097/NMC.0b013e3181caeab3
-

ANEXOS

Anexo 1 – Profile of Moods States

22/08/2017

Profile of Mood States (POMS)

Sports Coach Logo

Sports
Coach
Logo

topics

- [A-Z Page Index](#)
- [Article Library](#)
 - [Coaching](#)
 - [General](#)
 - [Young Athletes](#)
 - [Literature Reviews](#)
 - [Coaching](#)
 - [Conditioning](#)
 - [Endurance](#)
 - [Ergogenic Aids](#)
 - [Evaluation](#)
 - [Injury Prevention](#)
 - [Nutrition](#)
 - [Physiology](#)
 - [Planning](#)
 - [Psychology](#)
 - [Skill Development](#)
 - [Speed](#)
 - [Strength](#)
 - [Female Athletes](#)
 - [Master Athletes](#)
 - [Young Athletes](#)
 - [Sports Specific](#)
 - [Basketball](#)
 - [Bodybuilding](#)
 - [Boxing](#)
 - [Cycling](#)
 - [Golf](#)
 - [Rowing](#)
 - [Rugby](#)
 - [Soccer](#)
 - [Squash](#)
 - [Swimming](#)
 - [Tennis](#)
 - [Triathlon](#)
 - [USA Football](#)
 - [Training](#)
 - [Conditioning](#)
 - [Endurance](#)
 - [Ergogenic Aids](#)
 - [Evaluation](#)
 - [Injury Prevention](#)
 - [Nutrition](#)
 - [Physiology](#)
 - [Planning](#)
 - [Psychology](#)
 - [Skill Development](#)
 - [Speed](#)
 - [Strength](#)
- [Anatomy & Physiology](#)
 - [Articles](#)

Profile of Mood States (POMS)

POMS is a standard validated psychological test formulated by McNair et al. (1971)^[1]. The questionnaire contains 65 words/statements that describe feelings people have. The test requires you to indicate for each word or statement how you have been feeling in the past week including today.

Required Resources

To undertake this test you will require:

- Questionnaire (see below)
- Assistant

How to conduct the test

- The assistant explains the test protocol to the athlete:
 - Read each word/statement below, decide how you have been feeling, in respect to the word/statement, in the past week and today, and select the appropriate statement "Not at All", "A Little", "Moderately", "Quite a Lot" or "Extremely" to indicate your feeling.
- The athlete responds to the 65 words/statements on the questionnaire below - no time limit
- The assistant determines and records the athlete's mood state scores.

Questionnaire

| Feeling | How I have felt |
|-----------------------|---|
| Friendly | <input type="text" value="Not at All"/> |
| Tense | <input type="text" value="Not at All"/> |
| Angry | <input type="text" value="Not at All"/> |
| Worn Out | <input type="text" value="Not at All"/> |
| Unhappy | <input type="text" value="Not at All"/> |
| Clear Headed | <input type="text" value="Not at All"/> |
| Lively | <input type="text" value="Not at All"/> |
| Confused | <input type="text" value="Not at All"/> |
| Sorry for things done | <input type="text" value="Not at All"/> |
| Shaky | <input type="text" value="Not at All"/> |
| Listless | <input type="text" value="Not at All"/> |
| Peeved | <input type="text" value="Not at All"/> |
| Considerate | <input type="text" value="Not at All"/> |
| Sad | <input type="text" value="Not at All"/> |
| Active | <input type="text" value="Not at All"/> |
| On Edge | <input type="text" value="Not at All"/> |
| Grouchy | <input type="text" value="Not at All"/> |
| Blue | <input type="text" value="Not at All"/> |
| Energetic | <input type="text" value="Not at All"/> |
| Panicky | <input type="text" value="Not at All"/> |

22/08/2017

Profile of Mood States (POMS)

- [Biomechanics](#)
- [Body Systems](#)
 - [Cardiovascular](#)
 - [Digestive](#)
 - [Endocrine](#)
 - [Muscular](#)
 - [Neurological](#)
 - [Respiratory](#)
 - [Skeletal](#)
- [Body Type](#)
- [Energy Systems](#)
- [Maximum Heart Rate](#)
- [Movement Analysis](#)
- [Coaching](#)
 - [Articles](#)
 - [Assessment](#)
 - [Communication](#)
 - [Ethics](#)
 - [Group Dynamics](#)
 - [Methods](#)
 - [Philosophy](#)
 - [Process](#)
 - [Principles](#)
 - [Responsibilities](#)
 - [Styles](#)
 - [Skills & Roles](#)
 - [Young Athletes](#)
- [Fitness Development](#)
 - [Articles](#)
 - [Agility](#)
 - [Conditioning](#)
 - [Core Stability](#)
 - [Endurance](#)
 - [Flexibility](#)
 - [Skill](#)
 - [Speed](#)
 - [Strength](#)
 - [Training Principles](#)
 - [VO2max](#)
- [Fitness Testing](#)
 - [Articles](#)
 - [Blood Pressure](#)
 - [Evaluation Tests](#)
 - [Ideal Weight](#)
- [Nutrition](#)
 - [Articles](#)
 - [Basal Metabolic Rate](#)
 - [Eating & Competing](#)
 - [Eating Disorders](#)
 - [Glycemic Index](#)
 - [Healthy Eating](#)
 - [Minerals](#)
 - [Vitamins](#)
- [Planning](#)
 - [Articles](#)
 - [Athlete Profiling](#)
 - [Creating a Plan](#)
 - [LTAD](#)
 - [Tapering](#)
 - [Warm Up & Cool Down](#)
- [Programs](#)
 - [Aqua Training](#)
 - [Circuit Training](#)
 - [CNS Training](#)
 - [Complex Training](#)

| | |
|-----------------------|--------------|
| Hopeless | Not at All ▼ |
| Relaxed | Not at All ▼ |
| Unworthy | Not at All ▼ |
| Spiteful | Not at All ▼ |
| Sympathetic | Not at All ▼ |
| Uneasy | Not at All ▼ |
| Restless | Not at All ▼ |
| Unable to Concentrate | Not at All ▼ |
| Fatigued | Not at All ▼ |
| Helpful | Not at All ▼ |
| Annoyed | Not at All ▼ |
| Discouraged | Not at All ▼ |
| Resentful | Not at All ▼ |
| Nervous | Not at All ▼ |
| Lonely | Not at All ▼ |
| Miserable | Not at All ▼ |
| Muddled | Not at All ▼ |
| Cheerful | Not at All ▼ |
| Bitter | Not at All ▼ |
| Exhausted | Not at All ▼ |
| Anxious | Not at All ▼ |
| Ready to Fight | Not at All ▼ |
| Good Natured | Not at All ▼ |
| Gloomy | Not at All ▼ |
| Desperate | Not at All ▼ |
| Sluggish | Not at All ▼ |
| Rebellious | Not at All ▼ |
| Helpless | Not at All ▼ |
| Weary | Not at All ▼ |
| Bewildered | Not at All ▼ |
| Alert | Not at All ▼ |
| Deceived | Not at All ▼ |
| Furious | Not at All ▼ |
| Efficient | Not at All ▼ |
| Trusting | Not at All ▼ |
| Full of Pep | Not at All ▼ |
| Bad Tempered | Not at All ▼ |
| Worthless | Not at All ▼ |
| Forgetful | Not at All ▼ |
| Carefree | Not at All ▼ |
| Terrified | Not at All ▼ |
| Guilty | Not at All ▼ |

22/08/2017

- o [Fartlek Training](#)
 - o [Heart Rate Training](#)
 - o [Hill Training](#)
 - o [Medicine Ball Training](#)
 - o [Personal Exercise Plan](#)
 - o [Plyometric Training](#)
 - o [Track & Field Training](#)
 - o [Weight Training](#)
- [Psychology](#)
 - o [Articles](#)
 - o [Competitive Anxiety](#)
 - o [Mental Imagery](#)
 - o [Relaxation Techniques](#)
 - o [SCAT](#)
 - o [Sports Psychology](#)
 - o [Stress Management](#)
 - o [TEOSQ](#)
- [Sports](#)
 - o [American Football](#)
 - o [Basketball](#)
 - o [Boxing](#)
 - o [Cross Country](#)
 - o [Cycling](#)
 - o [Fell Running](#)
 - o [Golf](#)
 - o [Rowing](#)
 - o [Rugby](#)
 - o [Soccer](#)
 - o [Squash](#)
 - o [Swimming](#)
 - o [Tennis](#)
 - o [Triathlon](#)
 - o [Ultimate Frisbee](#)
- [Sport Development](#)
 - o [Funding in Sport](#)
 - o [History of Sport](#)
 - o [Olympic Games](#)
 - o [Sport Structure](#)
- [Sports Injury](#)
 - o [Articles](#)
 - o [ACL](#)
 - o [Cramp](#)
 - o [Cryotherapy](#)
 - o [Dehydration](#)
 - o [Hot & Cold Baths](#)
 - o [Injury Prevention](#)
 - o [Muscle Imbalance](#)
 - o [Over Training](#)
 - o [Shin Soreness](#)
 - o [Stitch](#)
- [Sports Merchandise](#)
 - o [Books & DVD's](#)
 - o [Clothing & Shoes](#)
 - o [Training Aids](#)
 - o [Magazines](#)
- [Track & Field](#)
 - o [Combined Events](#)
 - [Decathlon](#)
 - [Heptathlon](#)
 - [Hexathlon](#)
 - [Octathlon](#)
 - [Pentathlon](#)
 - o [Jumps](#)
 - [High Jump](#)

Profile of Mood States (POMS)

| | |
|------------------------|--------------|
| Vigorous | Not at All ▼ |
| Uncertain about things | Not at All ▼ |
| Bushed | Not at All ▼ |

Assessment

Select the "Analyse" button to obtain a Total Mood Disturbance (TMD) score and an analysis of your tension, depression, anger, vigour, fatigue and confusion. Your TMD is calculated by adding your scores for Tension, Depression, Anger, Fatigue and Confusion and then subtracting your Vigour score.

The scores in brackets (x-y) in the table below indicate the possible score range with lower scores indicative of people with more stable mood profiles.

Select the "Analyse" button to obtain scores for each of the mood states and the total mood disturbance. The test can be repeated by selecting the "Reset" button.

| | | | |
|---------|--------------------------------------|----------------------|-------|
| Analyse | Total Mood Disturbance (-32 to 200): | <input type="text"/> | Reset |
|---------|--------------------------------------|----------------------|-------|

| Mood Profile | Score |
|-------------------|----------------------|
| Anger (0-48) | <input type="text"/> |
| Confusion (0-28) | <input type="text"/> |
| Depression (0-60) | <input type="text"/> |
| Fatigue (0-28) | <input type="text"/> |
| Tension (0-36) | <input type="text"/> |
| Vigour (0-32) | <input type="text"/> |

Normative Data

Terry (n.d.)^[3] provides POMS norms for an athletic sample (n=2086) grouped by level of competition (International standard athletes, club level athletes and recreational athletes).

| Group | Tension | Depression | Anger | Vigour | Fatigue | Confusion |
|---------------|---------|------------|-------|--------|---------|-----------|
| International | 5.66 | 4.38 | 6.24 | 18.51 | 5.37 | 4.00 |
| Club | 9.62 | 8.67 | 9.91 | 15.64 | 8.16 | 7.38 |
| Recreational | 6.00 | 3.11 | 3.60 | 17.78 | 6.37 | 4.84 |

Analysis

Analysis of the result is by comparing it with the results of previous tests. It is expected that, with appropriate training between each test, the analysis would indicate an improvement.

Morgan & Johnson (1978)^[2] found that by plotting the mood state results of elite performers prior to competition exhibited the graph below. This graph, with a raised peak for Vigour, was termed the "Iceberg" profile.

Morgan Mood State Graph

Target Group

This test is suitable for anyone but not for individuals where the test would be contraindicated.

22/08/2017

Profile of Mood States (POMS)

- [Long Jump](#)
 - [Pole Vault](#)
 - [Triple Jump](#)
- [Running](#)
 - [Hurdles](#)
 - [Long Distance](#)
 - [Middle Distance](#)
 - [Sprints](#)
 - [Steeplechase](#)
- [Throws](#)
 - [Discus](#)
 - [Hammer](#)
 - [Javelin](#)
 - [Shot Putt](#)
- [Track & Field Safety](#)
- [Training Aids](#)
 - [Articles](#)
 - [Ergogenic Aids](#)
 - [Massage](#)
 - [Sports Drinks](#)
 - [Supplements](#)
- [Website Blog](#)
 - [Website Updates](#)
- [Website Information](#)
 - [Awards](#)
 - [Disclaimer & Copyright](#)
 - [Help - where do I find](#)
 - [Link Exchange Policy](#)
 - [Visitors Comments](#)
 - [Visitor Feedback](#)
 - [Visitor Statistics](#)
 - [Web Master](#)
- [Web Links](#)
 - [Coaches Corner](#)
 - [Useful Links](#)

Reliability

Test reliability refers to the degree to which a test is consistent and stable in measuring what it is intended to measure. Reliability will depend upon how strict the test is conducted and the individual's level of motivation to perform the test. The following link provides a variety of [factors that may influence the results](#) and therefore the test reliability.

Validity

Test validity refers to the degree to which the test actually measures what it claims to measure and the extent to which inferences, conclusions, and decisions made on the basis of test scores are appropriate and meaningful. This test provides a means to monitor the mood state of an athlete.

Advantages

- No equipment required
- Simple to set up and conduct
- Can be conducted almost anywhere

Disadvantages

- Assistant required to administer the test

References

1. McNAIR et al. (1971) *Manual for the Profile of Mood States*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.
2. MORGAN, W.P. and JOHNSON, R.W. (1978) Personality characteristics of successful and unsuccessful oarsmen. *International Journal of Sport Psychology*, 9, p. 119-133
3. TERRY, P. (n.d.) *Normative Values for the Profile of Mood States for Use with Athletic Samples*, [WWW] Available from: https://eprints.usq.edu.au/4385/2/Terry_Lane_JASS_v12n1_Author's_version.pdf [Accessed 30/06/2013]

Related References

The following references provide additional information on this topic:

- LIN, S., HSIAO, Y. Y. and WANG, M. (2014) The Profile of Mood States 2nd Edition (POMS 2)

Page Reference

If you quote information from this page in your work then the reference for this page is:

- MACKENZIE, B. (2001) *Profile of Mood States (POMS)* [WWW] Available from: <https://www.brianmac.co.uk/poms.htm> [Accessed 22/8/2017]

Related Pages

The following Sports Coach pages provide additional information on this topic:

- [Articles on Performance Evaluation](#)
- [Articles Psychology](#)
- [Books on Psychology](#)
- [Evaluation and Performance Tests](#)
- [Scoring for POMS](#)

text Translator

Seleccionar idioma ▼
Tecnologia do Google Tradutor

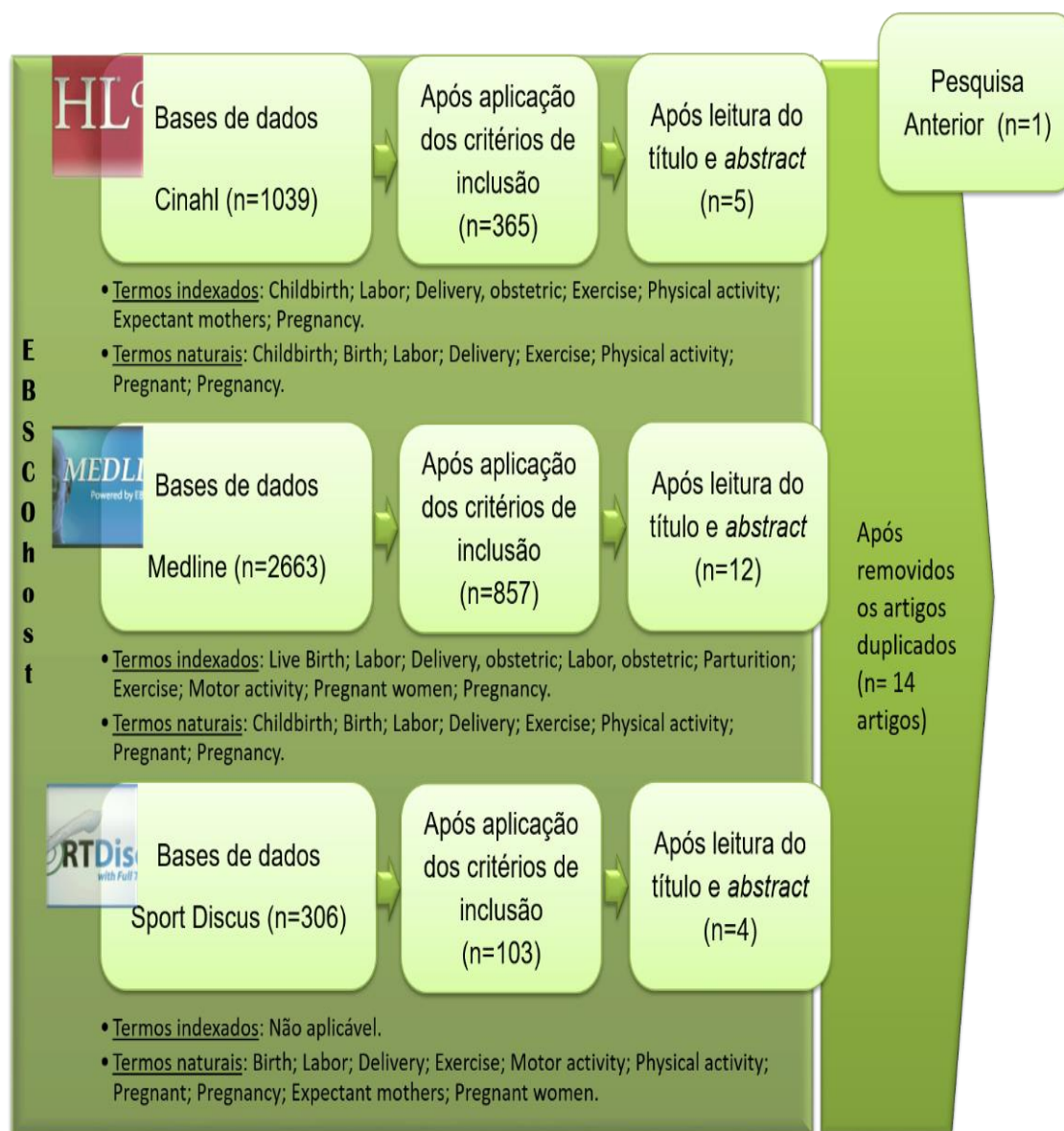
site search facility

Google
Custom Search

Search BRIANMAC

APÊNDICES

Apêndice 1 – Diagrama de Pesquisa dos Artigos



Apêndice 2 – Extração de Dados dos Artigos Seleccionados

Título do Artigo: Physical activities during pregnancy and type of delivery in nulliparae

Autor: Yi-Li Ko; Chie-Pein Chen & Pi-Chu Lin

Ano do Artigo: 2016

| | |
|---|---|
| <i>Detalhes do estudo e características da extração</i> | <p>Estudo Quantitativo, tipo Cohort (desenho prospetivo e descritivo correlacional)</p> <p>Participantes: 150 mulheres grávidas quando receberam cuidados pré-natais às 29-40 semanas de gestação</p> <p>Contexto: Norte da Tailândia</p> <p>Objetivos do Estudo: Investigar as alterações na prática de atividade física ao longo da gravidez e a relação entre a prática de atividade física específica entre trimestres e cesarianas não planeadas.</p> |
| <i>Orientações Metodológicas</i> | <p>Critérios de Inclusão: Idade superior a 20 anos, feto único, sem complicações médico-cirúrgicas ou complicações obstétricas, que falassem mandarim ou chinês e que concordassem participar no estudo.</p> <p>Critérios de Exclusão: Cesariana planeada.</p> <p>Método de colheita de dados: Questionário (PPAQ).</p> |
| <i>Resultados do Estudo</i> | <ul style="list-style-type: none">✔ Não existiam diferenças significativas na idade, nível de educação, IMC antes de engravidar, ocupação ou na prática de exercício durante a gravidez, entre as participantes do estudo;✔ As mulheres que foram submetidas a uma cesariana não planeada tinham níveis de ocupação e de atividade física significativamente mais baixos do que as mulheres que tiveram um parto normal;✔ As mulheres submetidas a cesariana não planeada desenvolveram menos atividade física comparativamente |

*Conclusões do
Estudo*

às mulheres que tiveram um parto normal, no terceiro trimestre, havendo aqui uma diferença significativa;

✔ As variáveis independentes incluíam níveis de atividade física nos três trimestres, peso ganho ao longo dos trimestres e o resultado total de atividade física do PPAQ. Os resultados indicam que o *odds ratio* aumenta nas mulheres submetidas a cesariana não planeada quando realiza níveis baixos de atividade física no terceiro trimestre.

A taxa de cesariana não planeada neste estudo foi de 21%.

No geral, a atividade física relatada pelo grupo diminuiu cerca de 31% no primeiro trimestre de gravidez, comparado com o período pré concecional, mas aumentou no segundo trimestre e permaneceu estável até ao momento do parto. O total de atividade física desenvolvida no terceiro trimestre é significativamente diferente entre as mulheres que foram submetidas a uma cesariana não planeada e aquelas que experienciaram um parto normal. O *odds ratio* de ser submetida a uma cesariana não planeada aumentou cerca de 0.644 vezes nas mulheres que realizaram atividade física em níveis baixos no terceiro trimestre.

Limitações do estudo: A atividade física era medida com base em entrevistas de relatos pessoais; o instrumento de medida dos níveis de atividade física não tinha em conta alterações relativamente pequenas e por fim, o facto do estudo ser uma avaliação de atividade física feita pela própria o que podia apresentar vieses relacionados com a memória.

Título do Artigo: Regular Exercise Throughout Pregnancy Is Associated With a Shorter First Stage of Labor

Autor: Maria Perales; Irene Calabria; Carmina Lopez; Evelia Franco; Javier Coteron & Ruben Barakat

Ano do Artigo: 2016

| | |
|---|--|
| <i>Detalhes do estudo e características da extração</i> | <p>Estudo Quantitativo, RCT</p> <p>Participantes: 264 mulheres grávidas residentes na área dos cuidados de saúde do Hospital Puerta de Hierro and Hospital Severo Ochoa, foram contatadas e foram analisadas um total de 186 participantes (83 no grupo de exercício e 83 no grupo de controlo).</p> <p>Contexto: Madrid, Spain</p> <p>Objetivos do Estudo: Estudar a influência de um programa de exercício físico moderado supervisionado ao longo da gravidez, na duração dos estádios do trabalho de parto.</p> |
| <i>Orientações Metodológicas</i> | <p>Critérios de Inclusão: Mulheres grávidas com gestações de baixo risco e de feto único.</p> <p>Critérios de Exclusão: Mulheres que apresentassem algum tipo de contraindicação obstétrica absoluta à pratica de exercício, como é sugerido pela ACOG; não parirem no Serviço de Obstetrícia do Hospital onde estava a ser desenvolvido o estudo; gravidez não vigiada; participação noutros programas de atividade física, exercício adicional de duas ou mais vezes por semana com duração de 20 minutos ou mais ou nível elevado de exercício físico pré-concepcional (quatro ou mais vezes por semana) e todas as mulheres que fossem submetidas a cesariana (eletiva ou não).</p> <p>Método de colheita de dados: Os dados demográficos e outras informações foram colhidas aquando da primeira</p> |

consulta pré-natal e os dados relativos ao trabalho de parto e seus resultados através da consulta dos registos médicos.

Para distribuir as participantes num dos grupos (exercício ou de controlo) foi usada uma lista de números aleatórios gerada por um computador. As participantes do grupo do exercício foram convidadas a participar num programa de condicionamento físico supervisionado que incluía três sessões de 55-60 minutos por semana a iniciar entre as 9 e 11 semanas de gestação e continuavam até ao final do terceiro trimestre (39-40 semanas). Cada sessão começava com um aquecimento de 5-8 minutos a andar e de alongamentos estáticos da maioria dos grupos musculares. O aquecimento era seguido de uma dança aeróbica e exercícios específicos direcionados aos grupos musculares das pernas, glúteos e abdómen para estabilizar a região dorsal (25 minutos), eram incluídos exercícios de equilíbrio (10 minutos). Cada sessão terminava com exercícios do pavimento pélvico (10 minutos) e um período de arrefecimento (5-8 minutos). Exercícios que incluíssem a Manobra de Valsava, alongamentos extremos, hiperextensão das articulações, movimentos balísticos e saltar, eram evitados. Além disso os exercícios em posição supina não duravam mais de 2 minutos. Atividade aeróbica de intensidade moderada foi prescrita, com o objetivo de atingir uma taxa máxima de 55-60% na frequência cardíaca. Todas as participantes usavam um monitor de frequência cardíaca e, de modo a identificarem a intensidade exigida para o exercício aeróbico, a sua frequência cardíaca era calculada usando a fórmula Karvonen (baseado no trimestre, condicionamento físico e idade). O programa era supervisionado por um instrutor de fitness qualificado com ajuda de um Obstetra e decorria num espaço com condições favoráveis (altitude 600 metros,

*Resultados do
Estudo*

temperatura de 19-21°C e humidade de 50-60%). As calorias e nutrientes necessários eram assegurados pelas parteiras ou outro profissional de saúde.

- ✔ A prática de exercício físico reduziu a duração do 1º estágio, mas não houve diferença significativa no 2º e 3º estágios do trabalho de parto;
- ✔ A análise a variáveis múltiplas não demonstrou efeito significativo no ganho de peso materno; peso do recém-nascido e idade gestacional na relação entre a intervenção e o 1º estágio do trabalho de parto;
- ✔ Os grupos não diferiam no peso total ganho em quilogramas, idade gestacional, parto pré-termo, tipo de parto, número de induções de trabalho de parto, peso, comprimento e perímetro cefálico do recém-nascido, Índice de Apgar ao 1º e 5º minutos) ou pH do sangue do cordão umbilical;
- ✔ Relativamente a grávidas com ganho excessivo de peso (de acordo com as recomendações baseadas no IMC pré-concepcional) uma diferença significativa foi encontrada nos grupos em estudo, sendo a percentagem mais baixa no grupo do exercício físico do que no grupo de controlo.

*Conclusões do
Estudo*

O resultado deste estudo demonstra uma associação positiva entre a prática regular de exercício físico durante a gravidez e uma duração mais curta do 1º estágio do trabalho de parto.

Os resultados indicam ainda que o efeito do treino de exercício físico moderado durante a gravidez produz melhor eficácia no 1º estágio do trabalho de parto.

Limitações do estudo: Não foram considerados os fatores emocionais e psicológicos, que demonstraram ter influência nos resultados de muitas gravidezes.

Título do Artigo: Effects of exercise during pregnancy on mode of delivery: a meta-analysis

Autor: Raquel Poyatos-León; Antonio García-Hermoso; Gema Sanabria-Martínez; Celia Álvarez-Bueno; Mairena Sánchez-López & Vicente Martínez-Vizcaíno

Ano do Artigo: 2015

| | |
|---|---|
| <i>Detalhes do estudo e características da extração</i> | <p>Revisão Sistemática da Literatura com meta-análise que trata dados de 10 estudos RCT</p> <p>Objetivos do Estudo: Avaliar a influência da atividade física nas mulheres grávidas</p> |
| <i>Discussão/ Conclusões do Estudo</i> | <p>Alguns dos estudos analisados submetiam as participantes do grupo de intervenção a programas de exercício físico durante toda a gravidez e outros apenas no segundo e terceiro trimestres de gravidez. A frequência dos mesmos era de cerca de 3 vezes por semana, havendo um programa de um dos estudos que era de 4 vezes por semana, com uma duração que rondava os 35-60 minutos, contudo todos eles eram supervisionados. Eram realizados diversos exercícios, onde se incluíam exercícios de resistência, tonificação, flexibilidade e força. Alguns incluíam exercícios aos músculos envolvidos no trabalho de parto e pavimento pélvico. Um dos programas de exercício físico incluía ainda treino aeróbico e de peso. A intensidade dos programas era variada, incluindo leve, leve-moderado e moderado. Em todos os estudos apenas eram fornecidos cuidados pré-natais comuns às participantes do grupo de controlo.</p> <p>✔ Exercício físico regular aumenta ligeiramente a frequência do parto normal, provavelmente devido a uma melhoria cardiovascular materna e/ ou a um ganho de peso limitado. Seis dos dez estudos da revisão demonstraram uma frequência mais alta do parto normal no grupo que praticava</p> |

exercício físico, todavia, apenas em dois deles é que as diferenças eram significativas;

✔ O exercício físico realizado no segundo e terceiro trimestres da gravidez, reduziu as taxas de cesariana. A duração das intervenções, uma taxa mais elevada do parto normal e uma taxa mais baixa de cesarianas foi observado no grupo que praticava exercício físico durante o segundo e terceiro trimestres da gravidez e não foram observadas diferenças quando a análise incluía toda a gravidez;

✔ A intensidade das intervenções era maior nos estudos conduzidos exclusivamente durante o segundo e terceiro trimestres da gravidez.

Limitações do estudo: Devido às dificuldades que envolvem realizar intervenções relativas à prática de atividade física sem o conhecimento dos intervenientes, não existiam estudos de investigação cegos; os programas de atividade física eram heterogéneos relativamente ao nível de intensidade do exercício físico, e tipo de exercícios incluídos; nenhum dos estudos avaliava a atividade física realizada diariamente pela mulher, fora dos programas; como as participantes dos estudos eram voluntárias podiam estar a manter níveis de prática de conformidade mais elevados que as mulheres da população geral; dois estudos não forneciam informações acerca do número de primíparas e múltiparas existentes nos grupos de intervenção e de controlo; alguns estudos não se referiam a todos os resultados relativos à frequência dos partos por cesariana, partos instrumentados e partos vaginais e, por último, nenhum estudo fornecia informações acerca dos hábitos nutricionais das participantes durante a gravidez.

Título do Artigo: Effect of physical activity during pregnancy on mode of delivery

Autor: Iris Domenjoz; Bengt Kayser; Michel Boulvain

Ano do Artigo: 2014

| | |
|---|--|
| <i>Detalhes do estudo e características da extração</i> | <p>Revisão Sistemática da Literatura com meta-análise de 16 estudos RCT de exploração da questão</p> <p>Objetivos do Estudo: Determinar se programas de treino físico durante a gravidez podem melhorar o decurso do trabalho de parto e parto.</p> |
| <i>Discussão/ Conclusões do Estudo</i> | <p>✔ As mulheres que durante a gravidez participaram em programas estruturados de exercício aeróbico ou de resistência tiveram uma diminuição do risco de serem submetidas a uma cesariana de 15%, comparando com mulheres que não participaram num programa especial estruturado de exercício, que foram encorajadas a não fazer exercício ou a manter a sua atividade normal ou ainda que apenas receberam cuidados pré-natais típicos (14,2% <i>versus</i> 17,8%);</p> <p>✔ Não houve diferenças de peso dos recém-nascidos ao nascer, apesar das mulheres em programas de exercício no final da gravidez terem aumentado cerca de 1 kg a menos.</p> <p>Limitações do estudo: Os autores não referem limitações do estudo.</p> |

Título do Artigo: Exercise during Pregnancy and Risk of Late Preterm Birth, Cesarean Delivery, and Hospitalizations

Autor: Jennifer Tinloy; Cynthia H. Chuang; Junjia Zhu; Jaimey Pauli; Jennifer L. Kraschnewski & Kristen H. Kjerulff

Ano do Artigo: 2014

| | |
|---|---|
| <i>Detalhes do estudo e características da extração</i> | <p>Estudo Quantitativo, tipo Cohort (desenho longitudinal)</p> <p>Participantes: 3006 primíparas entre os 18 e 35 anos de feto único</p> <p>Contexto: Comunidade de Pensilvânia</p> <p>Objetivos do Estudo: Investigar a associação entre o tipo do primeiro parto (vaginal <i>versus</i> cesariana) e a probabilidade de subsequente fertilidade.</p> |
| <i>Orientações Metodológicas</i> | <p>Critérios de Inclusão: Residentes na Pensilvânia, idades entre 18 e 35 anos, nulíparas, grávidas de feto único, falarem inglês ou espanhol e encontrarem-se pelo menos nas 34 semanas de gestação na altura da entrevista base.</p> <p>Critérios de Exclusão: Não se encontram explícitos.</p> <p>Método de colheita de dados: Foi feita uma entrevista base às 34 semanas de gestação e novamente no pós-parto, onde as mulheres referiram o tipo de parto: vaginal ou cesariana. Em ambas as entrevistas as mulheres reportavam a ocorrência de hospitalização (qualquer que fosse o motivo da hospitalização, excepto por início do trabalho de parto). Estas hospitalizações foram divididas em 36 categorias.</p> <p>Os itens para avaliar a atividade física foram adaptados do <i>Leisure-Time Exercise Questionnaire</i> e, mediante as respostas das mulheres às perguntas “Desde que está grávida, quantos dias por semana dedica à prática regular</p> |

*Resultados do
Estudo*

de exercício físico?” e “Quantos minutos por dia dedica à prática regular de exercício físico?” foi possível calcular os minutos de exercício físico desenvolvido por semana que, posteriormente foram categorizados em variáveis de 3 níveis (60 minutos, de 60 a 149 minutos e 150 ou mais minutos por semana).

- ✔ A associação da bivariável entre atividade física e parto por cesariana foi significativa, ou seja, a taxa de cesariana entre as mulheres que estavam a seguir as recomendações federais de prática de atividade física durante a gravidez de pelo menos 150 minutos por semana, foi de 24,6% comparado com 31,1% e 30,6% em mulheres que praticavam 60 a 149 e menos de 60 minutos por semana, respetivamente;
- ✔ Não houve associação entre o nível de prática de atividade física e hospitalização durante a gravidez;
- ✔ Não houve associação entre exercício pré-natal e o parto pré-termo tardio. A probabilidade apenas aumentou no grupo de mulheres de mais idade e em mulheres com Diabetes Mellitus preexistente ou hipertensão;
- ✔ Houve um *odds ratio* menor de partos por cesariana nas mulheres que estavam a seguir as recomendações federais de prática de atividade física comparando com aquelas que apenas praticavam atividade física 60 minutos por semana ou menos. Todavia, os resultados não foram estatisticamente significativos;
- ✔ Houve uma maior probabilidade de hospitalização em mulheres que estavam a seguir as recomendações federais de prática de atividade física comparando com aquelas que apenas praticavam atividade física 60 minutos por semana ou menos, mas o achado não foi significativo. As razões

*Conclusões do
Estudo*

para a hospitalização não foram relacionadas com a frequência do exercício (não foi demonstrado).

O estudo não relaciona nenhum efeito entre a quantidade de atividade física e os resultados principais do estudo de parto pré-termo tardio, parto por cesariana ou hospitalização durante a gravidez.

Apesar de não ter sido demonstrada nenhuma associação entre o nível de atividade física e a hospitalização durante a gravidez, não era espectável que houvesse uma tendência para maior probabilidade de hospitalização nas mulheres que estavam a seguir as recomendações federais de prática de atividade física durante a gravidez de pelo menos 150 minutos por semana.

Mais pesquisa tem de ser feita acerca de como a atividade física durante a gravidez, pode modificar o risco de hospitalização. É importante ressaltar que qualquer aumento de hospitalizações que tenha ocorrido não resultou na probabilidade de parto pré-termo entre as mulheres que estavam a seguir as recomendações dos níveis de atividade física durante a gravidez.

Limitações do estudo: A atividade física e a hospitalização foram determinadas por relato pessoal, não sendo por esse motivo, possível de determinar a quantidade de atividade física e a sua variação durante a gravidez, bem como o motivo da hospitalização.

Título do Artigo: Exercise Throughout Pregnancy Does not Cause Preterm Delivery: A Randomized, Controlled Trial

Autor: Ruben Barakat; Mireia Pelaez; Rocio Montejo; Ignacio Refoyo & Javier Coteron

Ano do Artigo: 2014

| | |
|---|---|
| <i>Detalhes do estudo e características da extração</i> | <p>Estudo Quantitativo, RCT</p> <p>Participantes: 320 mulheres grávidas escolhidas da base de dados do hospital, de forma randomizada e distribuídas pelo grupo de intervenção, que realiza exercício (n=160) e pelo grupo de controlo (n=160)</p> <p>Contexto: Internamento de Obstetrícia do Hospital Universitário de Fuenlabrada (Madrid, Espanha)</p> <p>Objetivos do Estudo: Examinar a influência de um programa de exercício aeróbico durante a gravidez (3 trimestres) na idade gestacional aquando do momento do parto.</p> <p>Avaliar outros resultados maternos e fetais: aumento de peso gestacional, tipo de parto, pressão arterial, teste de tolerância da glucose oral, peso ao nascer.</p> |
| <i>Orientações Metodológicas</i> | <p>Critérios de Inclusão: Mulheres saudáveis, gravidez de baixo risco, de feto único.</p> <p>Critérios de Exclusão: Ter alguma contraindicação obstétrica absoluta para a prática de exercício sugerida pela ACOG, não planearem ter o bebé no Serviço de Internamento de Obstetrícia do Hospital em estudo, não terem seguimento médico durante a gravidez, participarem noutro programa de exercício físico ou terem um elevado nível de atividade física pré-gestacional (4 ou mais vezes por semana).</p> |

Método de colheita de dados: O programa de condicionamento físico, incluía um total de 3 sessões de 55-60 minutos por semana, entre a 8-10 semanas e durou até ao final do terceiro trimestre (38-39 semanas). Todas as participantes usavam um monitor de frequência cardíaca durante as sessões de treino para garantir que estas eram de intensidade moderada, ou seja, que a sua frequência cardíaca era mantida consistentemente entre os 60 bpm e os 75% da sua frequência cardíaca máxima prevista para a sua idade ($220 \text{ bpm} - \text{idade}$).

Foram utilizados exercícios cobrindo os maiores grupos de músculos, abdómen para promover a boa postura, prevenir dores na região lombar e fortalecer os músculos e treino do pavimento pélvico. Foi ainda incluída uma sessão de dança aeróbica de baixo impacto por semana. Para maximizar as condições de segurança, adesão e eficácia, todas as sessões eram supervisionadas por um especialista de *fitness* qualificado, com a assistência de um Obstetra, era acompanhado de música e realizado no Centro de Saúde numa sala espaçosa, bem iluminada, a uma altitude de 600 metros, com temperatura entre os 19-21°C e humidade de 50-60%. A adequada ingesta calórica era assegurada antes de cada sessão de exercício. Foram evitados exercícios que incluíssem a Manobra de Valsava, temperaturas elevadas na sala ou ambientes húmidos, movimentos balísticos, posições que provocassem extrema tensão corporal e exercícios de alto impacto, de modo a evitar potenciais riscos.

A idade gestacional foi obtida através das bases de dados do Hospital. Foram excluídos em ambos os grupos os partos pré-termo devidos a razões obstétricas como restrição de crescimento fetal.

*Resultados do
Estudo*

Toda a informação foi obtida através de relatórios clínicos (da base de dados hospitalar), de uma entrevista inicial com as participantes e de um questionário dos investigadores e posteriormente analisada utilizando o teste de normalidade de *Shapiro-Wilk*, *Student's t test* para amostras independentes, *1-way ANOVA* e o teste χ^2 .

- ✔ Não foram encontradas diferenças significativas entre a percentagem de parto pré-termo, ou seja, não foi diferente nos dois grupos, sendo de 4.3% (n=6) no grupo de intervenção e de 7.2% (n=11) no grupo de controlo. Das 6 mulheres do grupo de intervenção, 3 foram cesarianas e todas as participantes terminaram o programa de treino no final da 35ª semana de gravidez e das 11 mulheres do grupo de controlo, 8 foram cesariana;
- ✔ Foram encontrados resultados semelhantes no grupo de controlo e no grupo de intervenção relativamente à média de glucose às 24-28 semanas, Diabetes Gestacional e pressão arterial média durante a gravidez;
- ✔ O ganho de peso materno foi mais baixo no grupo de intervenção (11,9 kg) comparado com o grupo de controlo (13,7 kg);
- ✔ Não foram observadas diferenças no estado geral do recém-nascido em ambos os grupos (Índice de Apgar ao 1º e 5º minutos), nem nas percentagens de baixo peso à nascença (grupo de intervenção= 5,3.6% e grupo de controlo= 9,5.9%).

*Conclusões do
Estudo*

Mulheres saudáveis previamente sedentárias, com uma gravidez de feto único, podem realizar um programa supervisionado de exercício moderado do início ao fim da gravidez uma vez que este não afeta a idade gestacional ou o bem-estar neonatal.

Os resultados do estudo relacionam e encorajam a uma crescente orientação das mulheres grávidas saudáveis a aderirem a programas de atividade física supervisionada durante a gravidez de modo a assegurar melhorias fisiológicas.

Limitações do estudo: Estudo com desenho não cego devido à dificuldade de se realizarem estudos com desenho cego; não foram considerados os dados estado civil e socioeconómico na descrição das características maternas, apesar destes fatores poderem ter influência nos resultados do parto pré-termo; apesar de ter sido verificado que as grávidas não participavam noutros programas de exercício físico supervisionado, não foram medidas outras atividades realizadas fora do programa.

Título do Artigo: Does regular exercise in pregnancy influence duration of labor? A secondary analysis of a randomized controlled trial

Autor: Kjell Å. Salvesen; Signe N. Stafne; Torbjørn M. Eggebø & Siv Mørkved

Ano do Artigo: 2014

| | |
|---|---|
| <i>Detalhes do estudo e características da extração</i> | <p>Estudo Quantitativo, RCT</p> <p>Participantes: 855 mulheres selecionadas de forma aleatória, predominantemente de raça caucasiana e representativas de mulheres grávidas norueguesas no que respeita a IMC e atividade física</p> <p>Contexto: Hospital de St. Olavs, Hospital Universitário de Trondheim e Hospital Universitário de Stavanger, Noruega</p> <p>Objetivos do Estudo: Estudar a influência do exercício na duração da fase ativa do parto e a proporção de mulheres com a fase ativa do segundo estágio prolongada.</p> |
| <i>Orientações Metodológicas</i> | <p>Critérios de Inclusão: Idade superior a 18 anos e gravidez de um feto único.</p> <p>Critérios de Exclusão: Gravidez de alto risco, mulheres portadoras de doenças que possam interferir com a sua participação, mulheres cuja residência era muito distante dos hospitais para podem participar nos grupos semanais de treino.</p> <p>Método de colheita de dados: Um grupo de 429 mulheres constituíram o grupo de intervenção, que realizava um programa de exercício standard. Este consistia em 30-35 minutos de exercícios aeróbicos de baixo impacto, 20-25 minutos de exercícios de força que incluía treino dos músculos do pavimento pélvico e 5-10 minutos de alongamentos ligeiros e de consciencialização corporal. As mulheres treinavam em grupos com um fisioterapeuta, uma vez por semana durante 12 semanas, entre a 20^a e a 36^a</p> |

semanas de gravidez. Eram ainda encorajadas a seguir um programa escrito de 45 minutos de exercício em casa (30 minutos de atividade aeróbica e 15 minutos de força e equilíbrio) o programa de exercício era relatado num diário pessoal.

O grupo de controlo (n=426) recebia o cuidado pré-natal *standard* e a informação habitual dada pela parteira e médico.

A informação acerca do trabalho de parto e parto era registada no partograma por assistentes e, os resultados do trabalho de parto por um assistente de investigação, depois do parto, a partir dos registos hospitalares, sem que tivessem conhecimento do estudo e, sem qualquer envolvimento no treino das participantes.

*Resultados do
Estudo*

- ✔ Não foram encontradas diferenças significativas na prevalência de Diabetes Gestacional ou nos níveis de resistência insulínica entre os dois grupos;
- ✔ Não foram encontradas diferenças significativas no peso ganho durante a gravidez, peso ou IMC num controlo feito às 36 semanas de gestação;
- ✔ A duração média do trabalho de parto foi de 289 minutos no grupo de intervenção e de 281 minutos no grupo de controlo;
- ✔ A duração média da fase ativa do segundo estágio do trabalho de parto foi de 32 minutos no grupo de intervenção e de 29 minutos no grupo de controlo;
- ✔ A ocorrência de um segundo estágio prolongado, nas mulheres com parto vaginal, foi de 12% no grupo de intervenção e de 11% no grupo de controlo;
- ✔ Não foram encontradas diferenças significativas na idade gestacional média ($p= 0.22$), no número de partos

*Conclusões do
Estudo*

pré-termo ($p= 0.82$) ou de recém-nascidos pequenos para a idade gestacional ($p= 0.80$);

✔ A duração da fase ativa do trabalho de parto foi semelhante em ambos os grupos ($p=0.37$) e a frequência de mulheres com segundo estágio do trabalho de parto prolongado também foi semelhante, no entanto, a duração da fase ativa do segundo estágio tende para ser mais curta no grupo de controlo ($p=0.05$).

Não foram encontradas diferenças na duração do trabalho de parto entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo, na proporção de mulheres com fase ativa do segundo estágio prolongada ou nos resultados do trabalho de parto.

Numa análise realizada a um subgrupo de mulheres nulíparas, a fase ativa do segundo estágio do trabalho de parto era mais curta no grupo de controlo.

Em suma, o exercício físico durante a gravidez não influencia a duração da fase ativa do segundo estágio do trabalho de parto ou a proporção de mulheres com fase ativa do segundo estágio do trabalho de parto prolongada.

Limitações do estudo: Este estudo é uma análise secundária de uma experiência e apenas foi encontrado um achado relevante num subgrupo e, apenas terem respondido 7% das mulheres que receberam o convite para participar no estudo e ainda terem sido excluídas algumas devido aos critérios de inclusão.

Título do Artigo: Influence of prenatal physical activity on the course of labour and delivery according to the new Polish standard for perinatal care

Autor: Anna Szumilewicz; Andrzej Wojtyła; Aleksandra Zarębska; Izabela Drobnik-Kozakiewicz; Michał Sawczyn & Anna Kwitniewska

Ano do Artigo: 2013

| | |
|---|--|
| <i>Detalhes do estudo e características da extração</i> | <p>Revisão Sistemática da Literatura de artigos científicos</p> <p>Objetivos do Estudo: Determinar a influência da atividade física pré-natal no decurso do trabalho de parto e parto.</p> |
| <i>Discussão/ Conclusões do Estudo</i> | <ul style="list-style-type: none">✔ Para afirmar ou negar a hipótese de efeito positivo da atividade física no curso do trabalho de parto e parto devem ser conduzidos estudos de investigação bem desenhados com programas de exercício pré-natal estruturados de forma adequada nos grupos de intervenção;✔ Instruções detalhadas para a construção de programas de exercício pré-natal devem estar incluídas nas novas <i>guidelines</i> para a prática de atividade física durante a gravidez, tanto na Polónia como noutros países;✔ O uso de programas especializados de exercício físico durante a gravidez para preparar a mulher para o parto não está associado com nenhum risco para a mãe ou para o feto e pode ajudar a reduzir as intervenções medicalizadas durante o trabalho de parto, que por sua vez vai melhorar a condição materna e fetal e reduzir o custo dos cuidados perinatais;✔ Há necessidade de se promover a prática regular de atividade física durante a gravidez, como parte integrante do estilo de vida da grávida. É essencial que tal educação cubra mulheres, profissionais de saúde e técnicos de educação física no que se refere ao planeamento e implementação de programas de promoção de saúde |

referentes à prática de atividade física na gravidez e nascimento;

✔ É necessário desenvolver ferramentas de cooperação entre grávidas, profissionais que seguem a sua gravidez e o instrutor ou treinador de atividades de recreação, de acordo com o questionário canadiano PARmed-X para a gravidez, atualizado e adaptado às necessidades das populações dos diferentes países;

✔ Os dados analisados indicam que a prática regular de atividade física durante a gravidez pode ter efeitos benéficos em múltiplos aspetos do curso e dos resultados associados ao trabalho de parto e parto. Deve de ser levado em conta como um importante instrumento na implementação do cuidado perinatal regular na Polónia.

Limitações do estudo: Os autores não referem limitações do estudo.

Título do Artigo: Exercise during pregnancy reduces the rate of cesarean and instrumental deliveries: results of a randomized controlled trial

Autor: Ruben Barakat; Mireia Pelae; Carmina Lopez; Rocío Montejo & Javier Coteron

Ano do Artigo: 2012

| | |
|---|--|
| <i>Detalhes do estudo e características da extração</i> | <p>Estudo Quantitativo, RCT</p> <p>Participantes: As participantes foram recrutadas a partir de uma base de dados do hospital em estudo, tendo sido selecionadas de forma randomizada, 290 grávidas saudáveis de apenas um feto, de raça Caucasiana.</p> <p>Contexto: Internamento de Obstetrícia do Hospital Universitário de Fuenlabrada (Madrid, Espanha)</p> <p>Objetivos do Estudo: Compreender a influência de um programa de exercício durante a gravidez (nos três trimestres) no tipo de parto que em última análise ocorria.</p> <p>Determinar se o exercício poderia ser um fator protetor relativamente a cesarianas ou partos instrumentalizados em mulheres com aumento de peso excessivo durante a gravidez.</p> |
| <i>Orientações Metodológicas</i> | <p>Critérios de Inclusão: Mulheres saudáveis, com uma gravidez sem complicações e de feto único.</p> <p>Critérios de Exclusão: Ter alguma contraindicação obstétrica absoluta para a prática de exercício considerada pela ACOG (por exemplo gravidez gemelar ou risco de parto pré-termo), não planearem ter o bebé no hospital em estudo, não terem seguimento médico durante a gravidez, participarem noutro programa de exercício físico ou terem um elevado nível de atividade física pré-gestacional (4 ou mais vezes por semana).</p> |

Método de colheita de dados: As 320 participantes do estudo foram divididas no grupo que iria desenvolver um programa de exercício físico e num grupo de controlo, ambos com 160 participantes.

O programa de condicionamento físico, incluía um total de 3 sessões de 40-45 minutos por semana. Foi iniciado no início da gravidez (6-9 semanas) e durou até ao final do terceiro trimestre (38-39 semanas). Todas as participantes usavam um monitor de frequência cardíaca durante as sessões de treino para garantir que estas eram de intensidade leve a moderada e que a sua frequência cardíaca era mantida consistentemente 70% abaixo da frequência cardíaca máxima prevista para a sua idade.

Os exercícios que envolviam a Manobra de Valsava, alongamentos extremos, hiperextensão das articulações, movimentos balísticos ou saltar eram evitados. Os exercícios que eram realizados em decúbito dorsal não duravam mais de 2 minutos.

Para maximizar as condições de segurança, adesão e eficácia, todas as sessões eram supervisionadas por um especialista de *fitness* qualificado, com a assistência de um Obstetra, era acompanhado de música e realizado no Centro de Saúde (numa sala espaçosa, iluminada, a uma altitude de 600 metros, com temperatura entre os 19-21°C e humidade de 50-60%). A adequada ingesta calórica era assegurada antes de cada sessão de exercício.

As informações acerca do tipo de parto e resultados da gravidez eram obtidas através dos registos hospitalares, as características da grávida através de uma entrevista inicial realizada na primeira consulta pré-natal e dados como IMC, adesão ao programa era medidos pelos investigadores.

*Resultados do
Estudo*

- ✔ A percentagem de partos por cesariana (15,9%) e de partos instrumentalizados (11,6%) no grupo do exercício foi mais baixa que no grupo de controlo (23% e 19.1%, respetivamente);
- ✔ Foi observado um risco relativo de parto por cesariana nas mulheres do grupo de intervenção, comparando com o grupo de controlo;
- ✔ Nove mulheres tiveram parto pré-termo no grupo de intervenção (6.5%) e dez no grupo de controlo (6.6%);
- ✔ O ganho de peso materno no grupo de intervenção foi menor comparado com o do grupo de controlo;
- ✔ Os resultados relativos aos resultados de saúde do recém-nascido (idade gestacional, Índice de Apgar no 1º e 5º minutos, peso e comprimento ao nascer do recém-nascido e pH do sangue do cordão umbilical) foi semelhante em ambos os grupos;
- ✔ Uma análise adicional concluiu que a taxa de cesarianas também era mais baixa relativamente a mulheres com peso excessivo (grupo de intervenção 16.1% e 39,7% no grupo de controlo), apesar da diferença não ser estatisticamente significativa.

*Conclusões do
Estudo*

O exercício físico de resistência supervisionado estava associado a uma percentagem mais baixa de cesarianas e de partos instrumentalizados.

Os resultados do estudo mostraram uma percentagem mais baixa de cesarianas em mulheres com peso excessivo no grupo do exercício.

O principal contributo deste estudo é a evidência que a prática regular de exercício pode coexistir com a gravidez e ter efeitos positivos no tipo de parto.

Sugere ainda que a prática de exercício leve a moderado pode trazer resultados clínicos melhorados tanto para a mãe como para o recém-nascido e ser um importante contributo para a saúde pública.

Limitações do estudo: Os autores não referem limitações do estudo.

Título do Artigo: Type of delivery and gestational age is not affected by pregnant Latin-American women engaging in vigorous exercise. A secondary analysis of data from a controlled randomized trial

Autor: Diana C. Pinzón; Katherine Zamora; Jorge H. Martínez; María E. Floréz-López; Ana C. Aguilar de Plata; Mildrey Mosquera & Robinson Ramírez-Vélez

Ano do Artigo: 2012

| | |
|---|---|
| <i>Detalhes do estudo e características da extração</i> | <p>Estudo Quantitativo, RCT (análise secundária)</p> <p>Participantes: 48 mulheres grávidas</p> <p>Contexto: Hospital Cañaveralejo e Universidade del Valle</p> <p>Laboratório de Bioquímica em Cali, Colômbia</p> <p>Objetivos do Estudo: Determinar a influência do exercício físico nas funções endoteliais na mulher grávida.</p> |
| <i>Orientações Metodológicas</i> | <p>Critérios de Inclusão: Mulheres nulíparas, com idades entre os 16 e os 30 anos de idade, que não tinham participado em nenhum programa estruturado de exercício físico anteriormente, com uma gravidez normal de feto único, entre as 16 e as 20 semanas de gestação.</p> <p>Critérios de Exclusão: História de hipertensão arterial, doenças crónicas (cancro, doenças renais, endócrinas, psiquiátricas, neurológicas, infecciosas e/ ou cardiovasculares), hemorragia persistente antes das 12 semanas de gestação, doença da tiroide mal controlada, placenta prévia, colo incompetente, polihidrâmnios ou oligodrâmnios, história de aborto nos últimos 12 meses e qualquer doença que pudesse interferir com a sua participação, segundo as indicações da ACMS de 2000 e da ACOG de 2002.</p> <p>Método de colheita de dados: Foi feita uma primeira visita entre as 12-20 semanas de gestação e, avaliações</p> |

secundárias foram provenientes de uma entrevista pré-natal ou da história clínica.

As participantes foram distribuídas aleatoriamente entre o grupo de intervenção (n=24) que iria participar num treino de exercício vigoroso supervisionado e o grupo de controlo (n=24) que apenas teria os cuidados pré-natais comuns.

O programa de treino de exercício vigoroso era composto por um total de 3 sessões semanais de 60 minutos, desde o início do segundo trimestre ao final do terceiro trimestre, num total de 12 semanas. Todas as participantes usavam um monitor de frequência cardíaca durante as sessões de treino para garantir que a intensidade do treino era de leve a moderada. Cada sessão incluía exercício regular vigoroso (10 minutos a andar, 30 minutos de exercício aeróbico, 10 minutos de alongamentos e 10 minutos de exercício de relaxamento). Todas as sessões eram supervisionadas por um fisioterapeuta, um médico e um técnico de educação física e seguiam as indicações da ACSM e da ACOG, acompanhadas por música e realizadas numa sala espaçosa, bem iluminada e com condições ambientais favoráveis (altitude de cerca de 900m, temperatura de 22-28°C e com humidade de 50-60%) de modo a maximizar a aderência ao programa de exercício, bem como a sua eficácia.

Resultados do Estudo

- ✔ O ganho de peso em ambos os grupos foi semelhante;
- ✔ Não houve diferenças estatisticamente relevantes entre os valores de frequência cardíaca em repouso (pré-exercício) e após a intervenção;
- ✔ Não houve diferenças estatisticamente relevantes entre o tipo de parto entre os grupos ($p=0.005$);

*Conclusões do
Estudo*

✔ Os resultados relativos ao recém-nascido foram semelhantes nos dois grupos, sendo o peso médio ao nascer de $3,013.2 \pm 493.8$ gramas e a idade gestacional média de 38.9 ± 2.2 semanas no grupo de intervenção e $3,133.3 \pm 406.5$ gramas e 39.0 ± 1.8 semanas, respetivamente no grupo de controlo ($p=0.005$). Quase todos os recém-nascidos tiveram um Apgar ≥ 7 ao 1º minuto e todos tiveram ≥ 9 ao 5º minuto.

Os resultados obtidos com este estudo relativos aos recém-nascidos confirmaram o bem-estar de recém-nascidos de mães que iniciaram treinos de exercício físico vigoroso durante a gravidez.

O estudo mostrou que o treino de exercício vigoroso durante a gravidez de baixo risco em mulheres que eram previamente sedentárias não foi prejudicial para a saúde da mãe e da criança.

Limitações do estudo: dificuldade em manter um elevado grau de adesão ao programa de exercício supervisionado; o custo do transporte das participantes três vezes por semana e desistência de $\frac{1}{3}$ das participantes por constrangimentos familiares e restrições impostas pelo emprego, tomar conta de crianças e os trabalhos domésticos.

Título do Artigo: Exercício físico durante a gestação e sua influência no tipo de parto – Physical exercise during pregnancy and its influence in the type of birth

Autor: Lílían Cristina da Silveira & Conceição Aparecida de Mattos Segre

Ano do Artigo: 2012

| | |
|---|---|
| <i>Detalhes do estudo e características da extração</i> | <p>Estudo Quantitativo, prospetivo</p> <p>Participantes: 66 mulheres recrutadas durante o programa preparatório da amamentação e aleitamento materno, no local onde a pesquisa foi realizada, por meio de divulgação nas consultas pré-natais realizadas no Programa de Saúde da Família e num jornal local.</p> <p>Contexto: Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno em São Sebastião (São Paulo, Brasil)</p> <p>Objetivos do Estudo: Verificar se o exercício físico de intensidade moderada, realizado durante a gestação, pode influenciar o tipo de parto.</p> <p>Observar a relação entre a adesão à prática de exercícios físicos pelas gestantes e o nível de escolaridade.</p> |
| <i>Orientações Metodológicas</i> | <p>Crítérios de Inclusão: Mulheres nulíparas, sedentárias, com idade entre os 18 e 30 anos de idade e idade gestacional > 18 semanas, sem complicações clínicas ou obstétricas e de gestação única.</p> <p>Crítérios de Exclusão: Idade gestacional > a 20 semanas, grávidas que tiveram complicações clínicas e/ ou obstétricas; que não atingiram a frequência mínima das sessões de exercícios; e as que perderam contato ou abandonaram o programa.</p> <p>Método de colheita de dados: Ao grupo de intervenção, pertenciam aquelas que realizaram atividade física regular</p> |

duas vezes na semana (n=37) e no grupo de controlo as grávidas que não praticaram atividade física regular durante a gestação (n=29).

O programa de atividade física foi iniciado na 8ª semana de gestação, teve um mínimo de 20 sessões até ao final da gravidez e foi ministrado por um fisioterapeuta. Foram seguidas as orientações da ACOG relativamente às condições ambientais (temperatura < a 28°C).

Era composto por 2 sessões por semana, de atividade física moderada, iniciando com 5 minutos de alongamento, seguido de 30 minutos de fortalecimento e 5 minutos de alongamentos nas 2 primeiras semanas. A partir da 2ª semana, as participantes realizaram 40 minutos de fortalecimento.

As participantes preencheram um questionário inicial de modo a se obterem informações pessoais e outro acerca da prática de atividade física nas 2 últimas semanas. Duas semanas após o parto, foi feito um contato telefónico para recolher informações acerca do tipo de parto e, no caso das grávidas do grupo de intervenção foi questionado se a participante tinha realizado alguma atividade física além da oferecida.

Os dados foram analisados mediante o modelo estatístico do χ^2 corrigido para continuidade, segundo Yates e χ^2 comum.

*Resultados do
Estudo*

- ✔ No grupo de intervenção predominou o parto normal e no grupo de controlo a cesariana;
- ✔ Foi observada a predominância do segundo grau de escolaridade em ambos os grupos, ambos com 39 num total de 66 (59,1%). No entanto, houve diferença entre o primeiro e o terceiro graus, havendo predominância do

*Conclusões do
Estudo*

terceiro grau no grupo de intervenção e do primeiro grau no grupo de controlo.

O desenvolvimento de um programa de exercício durante a gestação teve influência sobre o tipo de parto, sendo mais elevada a percentagem de partos vaginais.

Foi ainda demonstrado que existe uma maior adesão à prática de exercícios pelas grávidas com melhor nível de escolaridade.

Limitações do estudo: Estudo não randomizado, tendo sido as participantes pré-selecionadas e desistência de cerca de 30% das grávidas ao longo do programa de atividade física.

Título do Artigo: Exercise and pregnancy: duration of labor stages and Perineal tear rates

Autor: Zahra Ghodsi; Maryam Asltoghiri & Mina Hajiloomohajerani

Ano do Artigo: 2012

| | |
|---|---|
| <i>Detalhes do estudo e características da extração</i> | <p>Estudo Quantitativo, RCT</p> <p>Participantes: 171 mulheres nulíparas e múltíparas que receberam cuidados pré-natais em centros clínicos</p> <p>Contexto: Hamedan, Irão</p> <p>Objetivos do Estudo: Determinar se o treino de exercício durante gravidez, desde a 20ª semana de gestação até ao parto aumenta a probabilidade de parto com períneo intacto.</p> <p>Avaliar os efeitos do treino de exercício durante a gravidez na duração dos estádios do trabalho de parto.</p> <p>Avaliar os efeitos do treino de exercício na severidade das lacerações perineais.</p> |
| <i>Orientações Metodológicas</i> | <p>Critérios de Inclusão: Mulheres grávidas sem porte atlético, nulíparas ou primíparas sem história de prática de exercício no passado, gravidez de feto único, parto vaginal planeado.</p> <p>Critérios de Exclusão: Terem alguma complicação médica, hemorragia uterina recente, restrição do crescimento fetal, lacerações recentes, mulheres obesas e magras (IMC > a 26 e < 19.8), atletas profissionais, terem algum problema durante o exercício, não querer continuar a treinar durante o estudo e falta de disciplina e dificuldades de comunicação.</p> <p>Método de colheita de dados: As mulheres participantes em ambos os grupos tinham características semelhantes.</p> |

Os instrumentos de colheita de dados incluíam informação acerca das consequências da gravidez, uma folha de exercícios, folhetos de exercício, formulários e uma escala de peso dos recém-nascidos.

A primeira parte do questionário incluía dados acerca das características sociais e demográficas e na seguinte, dados acerca da duração da primeira e segunda fase do trabalho de parto. Havia ainda 2 formulários relativos a informações sobre danos perineais o pós-parto e episiotomia que eram preenchidos logo após o parto.

Eram ainda avaliados parâmetros como idade gestacional aquando do parto, posição de nascimento, peso do recém-nascido e tipo de parto.

O programa de treino era baseado nas orientações do ACSM e do Centro de Controlo e Prevenção de Doenças Americano para a prática de atividade física em adultos: 30 minutos de exercício físico moderado, 3 dias por semana. o exercício era realizado pelas participantes em casa, após uma primeira sessão dada pelo investigador. Às 34 semanas iniciavam exercícios de massagem perineal que também eram previamente ensinados. Para melhorar e reforçar a adesão e, de modo a esclarecer qualquer dúvida, era feita uma reunião semanal com todas as participantes, pelo investigador.

Os dados recolhidos foram posteriormente analisados usando o software SPSS.

*Resultados do
Estudo*

✔ 24 participantes (27,6%) do grupo de intervenção tiveram um 1º estágio do trabalho de parto com duração entre 301-360 minutos e 20 participante (23,8%) do grupo de controlo entre 361-420 minutos;

- ✔ A maioria das participantes do grupo de intervenção, ou seja, 46%, teve um segundo estágio com duração média de 20-30 minutos enquanto que no grupo de controlo, a maioria, ou seja, 47,6%, tiveram um segundo estágio com uma duração média entre 31-40 minutos. Portanto, a duração média do segundo estágio do trabalho de parto para as mulheres do grupo do treino foi 31 minutos mais curto do que no grupo de controlo ($p < 0.005$).;
- ✔ Não foi encontrada nenhuma relação significativa entre os resultados dos dois grupos, nem entre o número de períneos intactos, episiotomias ou de lacerações de primeiro e segundo grau;
- ✔ Foi encontrada uma tendência para lacerações de segundo grau no grupo de intervenção;
- ✔ Foi encontrada uma tendência para a existência de períneos intactos no grupo de intervenção;
- ✔ O peso do recém-nascido foi semelhante em ambos os grupos.

*Conclusões do
Estudo*

Foi encontrada uma relação significativa entre a prática de exercício e a duração do 1º estágio do trabalho de parto nos dois grupos, no entanto, não foi significativa relativamente ao segundo estágio, podendo dever-se este facto ao número limitado da amostra e às participantes realizarem o exercício em casa, sem nenhuma supervisão. Adicionalmente, as mulheres realizavam vários tipos de exercícios adequados à gravidez e não se focavam em exercícios pélvicos específicos.

Os resultados do estudo mostraram que o exercício durante a gravidez e a pré-massagem perineal não têm nem um efeito protetor nem negativo significativo sobre a probabilidade de apresentar um períneo intacto aquando do parto.

Um benefício não significativo foi demonstrado no grupo de intervenção relativamente ao aumento da incidência de um períneo intato e na redução de lacerações de segundo grau. Contudo a probabilidade de ocorrência de lacerações de primeiro grau aumentou.

O estudo não conseguiu avaliar os resultados referentes a lacerações de terceiro grau e a sugestão do possível efeito protetor da massagem perineal pode ser um achado casual.

Limitações do estudo: A massagem terapêutica do períneo ser feita pelas participantes e o exercício físico não poder ser supervisionado durante todo o período da gravidez.

Título do Artigo: Maternal heart rate changes during labour

Autor: N. Söhnchen; K. Melzer; B. Martinez de Tejada; N. Jastrow-Meyer; V. Othenin-Girard; O. Irion; M. Boulvain & B. Kayser

Ano do Artigo: 2011

| | |
|---|--|
| <i>Detalhes do estudo e características da extração</i> | <p>Estudo Observacional</p> <p>Participantes: 30 mulheres grávidas no último trimestre de gravidez</p> <p>Contexto: Maternidade do Hospital de Genebra, Suíça</p> <p>Objetivos do Estudo: Testar as hipóteses: de que a frequência cardíaca de reserva (calculada através da subtração da frequência cardíaca máxima à frequência cardíaca em repouso) pode ser inteiramente necessária durante a fase ativa dos esforços expulsivos do trabalho de parto; que a combinação de dor, ansiedade, tensão física e Manobra de Valsava durante a fase ativa dos esforços expulsivos do trabalho de parto poderiam levar a picos de frequência cardíaca, potencialmente limitadas pela frequência cardíaca máxima e consequentemente esgotar a frequência cardíaca de reserva; que mulheres fisicamente ativas até ao final da gravidez, teriam melhores níveis físicos e usariam menos a sua frequência cardíaca de reserva durante o trabalho de parto e parto comparativamente com mulheres inativas.</p> |
| <i>Orientações Metodológicas</i> | <p>Critérios de Inclusão: Não explícitos pelos autores.</p> <p>Critérios de Exclusão: Gravidez gemelar, cesariana planeada.</p> <p>Método de colheita de dados: Durante o trabalho de parto e parto, a frequência cardíaca materna foi registada com um sensor. A frequência cardíaca máxima foi calculada usando a equação de Tanaka ($208 - 0.7 \times \text{idade}$) e a</p> |

| | |
|-----------------------------|--|
| | <p>frequência cardíaca em repouso foi obtida pelo registo da frequência cardíaca durante 2 noites de sono.</p> <p>Foi usado o PPAQ validado para quantificar os níveis de atividade física diária das participantes durante o último trimestre de gravidez. Durante o segundo estágio do trabalho de parto foram registadas as frequências cardíacas máxima e de reserva.</p> <p>Os dados foram analisados e comparados usando o ANOVA.</p> |
| <i>Resultados do Estudo</i> | <ul style="list-style-type: none">✔ Todas as mulheres apresentaram frequências cardíacas muito aumentadas durante a fase ativa dos esforços expulsivos do trabalho de parto, compreendidas desde uma frequência cardíaca média em repouso de 64 ± 6 batimentos por minuto até um pico médio de frequência cardíaca de 157 ± 21 batimentos por minuto;✔ Não houve correlação entre o pico de frequência cardíaca atingido durante o trabalho de parto e a idade, IMC, frequência cardíaca em repouso e duração do trabalho de parto;✔ A correlação entre nível de atividade física diária e a percentagem de frequência cardíaca de reserva usada durante a fase ativa de esforços expulsivos foi tendencialmente negativa. |
| <i>Conclusões do Estudo</i> | <p>As mulheres menos ativas fisicamente atingiram frequências cardíacas mais altas durante o trabalho de parto, comparativamente com mulheres mais ativas.</p> <p>Limitações do estudo: Não foi possível submeter as participantes ao teste de máximo exercício no terceiro trimestre de gravidez, pelo que a frequência cardíaca máxima foi calculada teoricamente com a equação de Tanaka ($208 - \text{idade} \times 0.7$).</p> |

Título do Artigo: Physical Activity in Relation to Affective States and Labor Anxiety in Pregnant Women

Autor: Monika Guskowska

Ano do Artigo: 2011

| | |
|---|--|
| <i>Detalhes do estudo e características da extração</i> | <p>Estudo Quantitativo e, apesar do tipo de estudo não ter sido clarificado pelos autores, há referência à utilização de um paradigma correlacional</p> <p>Participantes: 199 mulheres primíparas saudáveis</p> <p>Contexto: Varsóvia, Polónia</p> <p>Objetivos do Estudo: Determinar a relação entre o nível de atividade física e o trimestre da gravidez e os estados emocionais na mulher grávida assim como o seu estado de ansiedade na situação do trabalho de parto visualizado.</p> |
| <i>Orientações Metodológicas</i> | <p>Critérios de Inclusão: Mulheres primíparas saudáveis, de idades compreendidas entre os 18 e os 38 anos de idade, no segundo (n= 71; 35.7%) ou no terceiro trimestre (n=128; 64.3%) da gravidez de uma gravidez de baixo risco.</p> <p>Critérios de Exclusão: Não explicitados pelos autores.</p> <p>Método de colheita de dados: Questionário STAI de Spielberger <i>et al</i> adaptado para polaco por Wrześniewski <i>et al</i> e a Escala POMS de McNair, Lorr & Droppleman adaptado para polaco por Dudek & Koniarek. As participantes foram ainda examinadas individualmente no gabinete do ginecologista ou onde tiveram as sessões de atividade física.</p> <p>As mulheres do grupo de intervenção participaram num programa de condicionamento físico de sessões de cerca de 60 minutos, pelo menos 2 vezes por semana (previamente aprovado pelo Ginecologista/Obstetra)</p> |

*Resultados do
Estudo*

durante 12 semanas que incluía pilates, yoga e exercícios com *fitball*. Os exercícios eram realizados ao som de música e complementados com exercícios de preparação para o parto.

Ambos os grupos tinham uma história obstétrica semelhante.

✔ As participantes das aulas de *fitness* demonstraram um bem-estar significativamente maior caracterizando-se por níveis de depressão mais baixos, fadiga confusão e tensão e, um nível de vigor mais elevado;

✔ Os trimestres da gravidez não diferenciavam os níveis do estado emocional. No entanto em *scores* de vigor houve diferenças, sendo mais altos no terceiro trimestre no grupo de intervenção e no segundo trimestre no grupo de controlo;

✔ A intensidade da ansiedade relativamente ao trabalho de parto foi significativamente mais baixa nas participantes das aulas de condicionamento físico e ligeiramente mais baixo no terceiro trimestre. Ao contrario do que era esperado intuitivamente, mulheres em estádios mais avançados da gravidez experienciaram menos ansiedade.

*Conclusões do
Estudo*

O exercício físico durante a gravidez pode ser utilizado para aumentar a qualidade de vida da mulher pois melhora o seu humor e diminui a sua ansiedade relativamente ao trabalho de parto e parto.

Contudo os resultados do estudo devem ser interpretados cuidadosamente, uma vez que foi utilizado um paradigma correlacional, não sendo possível estabelecer uma relação causal entre exercício físico e estado emocional. É, portanto, necessário desenvolver mais estudos, controlando os traços da personalidade

como determinante do bem-estar emocional das mulheres grávidas.

Limitações do estudo: o grupo de intervenção não cumpriu com os critérios usuais de estar fisicamente ativo definidos pelo ACSM (realizar exercício 3 vezes por semana, de moderada intensidade nos últimos 3 meses).

Apêndice 3 – Instrumento de Registo da Prática de Cuidados

Instrumento de Registo de Interação

Tema:

Prática de Atividade Física.

Objetivos:

- Identificar a prática de atividade física durante a gravidez e conhecimentos dos seus benefícios para o TP;
- Identificar benefícios para o TP;
- Capacitar para a mobilização durante o TP;
- Capacitar para a prática de atividade física no pós-parto.

| Aspetos a abordar | Registo das respostas |
|--|-----------------------|
| Atividade física que praticava. | |
| Início da prática de atividade física. | |
| Conhecimentos acerca da prática de atividade física durante a gravidez. | |
| Orientações acerca da prática de atividade física (de quem as recebeu e onde). | |
| Benefícios que teve decorrentes da prática de atividade física. | |
| Desenvolvimento da prática de atividade física ao longo da gravidez. | |
| Atitude face à prática de atividade física após a gravidez. | |

| | | |
|---|---|----------------------------------|
| Dados relativos à mulher | | |
| Idade | | |
| Dados antropométricos | Peso (início da gravidez): | (final da gravidez): |
| | Altura: | |
| Antecedentes relevantes | | |
| Dados obstétricos | Índice Obstétrico: | |
| | Idade Gestacional: | |
| Intercorrências relevantes durante a gravidez | DM Gestacional: | |
| | HTA/ Pré-eclâmpsia/ Eclâmpsia: | |
| | Outros: | |
| | Hospitalizações (motivo): | |
| Vigilância da gravidez | Sim (quem): | |
| | Não (motivo): | |
| Realização de Atividade Física durante a Gravidez | | |
| Sim | Qual: | |
| | Duração (min/ semana): | |
| | Frequência (nº vezes/ semana): | |
| | Intensidade (leve/ moderada/ intensa): | |
| Não | Motivo: | |
| Fatores que Influenciam a Atividade de Vida Mobilidade | | |
| Físicos | Funcionamento do Sistema Músculo-esquelético: | |
| Psicológicos | Motivação: | |
| Socioculturais | Limitações religiosas: | |
| | Classe social: | |
| Ambientais | Clima local: | |
| | Espaço onde é desenvolvida: | |
| Político-económicos | Condições económicas: | |
| | Acessibilidades: | |
| Tipo de Parto (1) | | |
| Eutócico: | distócico: | cesariana: |
| Duração dos Estádios do Trabalho de Parto (2) | | |
| 1º Estádio: | 2º Estádio: | 3º Estádio: |
| Intervenções durante o Trabalho de Parto | | |
| | | |
| Lacerações perineais (3) | | |
| 1º Grau: | 2º Grau: | 3º Grau: |
| Estado Emocional (4) | | |
| Ira/ Confusão: | Deprimida/ Fadiga: | Afável/ Vigorosa: |
| Outros Resultados Positivos (5) | | |
| Freq. Cardíaca materna | FC média na fase ativa do TP: | |
| | FC média em repouso: | |
| Dados fetais | Índice de Apgar (1º minuto): | (5º minuto): (10º minuto): |
| | Peso: | Comprimento: Perímetro Cefálico: |

Educação para a Saúde no pós-parto

Aspetos abordados:

Entregue folheto:

Validação no puerpério:

Contato:

1ª Semana:

2ª Semana:

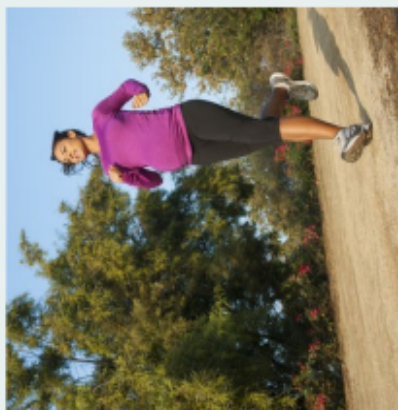
Identifica:

Necessidade de informar novamente:

Necessidade de motivar para a prática:

Apêndice 4 – Materiais de Apoio construídos no Ensino Clínico III

**ATIVIDADE FÍSICA
DURANTE A
GRAVIDEZ**



© 2005 The Authors
Journal compilation © 2005 Blackwell Publishing Ltd

References

American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion No. 452: Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. (2015). *Obstetrics & Gynecology*, 125(5), e132-e142. [doi:10.1097/00006123-201505000-00014](https://doi.org/10.1097/00006123-201505000-00014)

SECRETARIU, Enelise - Ginecistă prim-având și para cu primăria marea do bebi, Lieboac
medicinal E-dolus, 20043, a. 153-155

ONIGERMILK, Debra L.; PERRY, Shannon E. - *Experiencia na Matemática*, 7ª ed.

World Health Organization. (2010). Global recommendations on physical activity for

Health, Switzerland: World Health Organization. Accessed at: http://www.who.int/diaphysic/activities/factsheet_recommendations/en/



Colaborado por: Enf.^a Nélia Silva, 7.º CPLEESMO - ESEL

Orientado por: EESMO Maria João Gomes e Prof. Mário Cardoso



 University of Michigan Press

SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

ars.lyt

Figure 1

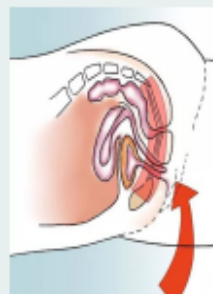
A atividade física é constituída por qualquer movimento corporal produzido pela contração dos músculos esqueléticos e, inclui atividades recreativas ou de lazer, de transporte (andar a pé ou de bicicleta), ocupacionais (trabalhar), tarefas domésticas, prática de desporto ou exercício planejado.

Se tem dúvidas daquilo que pode ou não fazer, fale com um profissional de saúde (enfermeiro ou médico), de modo a ser orientada corretamente.

Exercícios físicos específicos para a gravidez

Os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico vão trabalhar o conjunto dos músculos que suporta os órgãos pélvicos, ou seja, a vagina, o útero, a bexiga e o reto.

Este conjunto de músculos tem a função de evitar o prolapso dos órgãos, permitir a continência urinária e fecal e até de proporcionar uma relação sexual mais prazerosa.



Images: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Fazer-Exerc%C3%AAdos-Kegel>

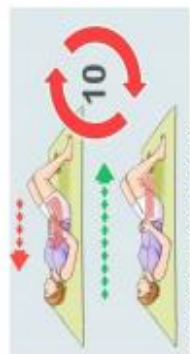
Fortalecimento do pavimento pélvico (Exercícios de Kegel)

Posição inicial: deitada de barriga para cima e joelhos fletidos.

Como fazer: concentre-se na sua vagina, ânus e músculos à volta.

Contrai os músculos da vagina, como se estivesse a reter urina e permaneça assim cerca de 10 segundos. De seguida, relaxe num período de tempo igual. Faça o mesmo com os músculos do ânus.

Deve repetir este exercício várias vezes por dia.



Fortalecimento dos músculos pélvicos e abdominais

Estes exercícios vão ajudar a ter firmeza nos músculos pélvicos e abdominais.

1ª Posição inicial: deitada de barriga para cima e joelhos fletidos.

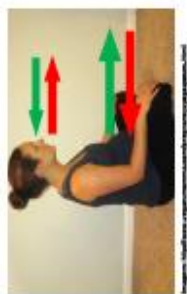
Como fazer: quando expira, empurre a barriga para fora e quando inspira junte as costas ao chão. Repetir o exercício nas outras posições.



2ª Posição inicial: deitada de barriga para cima e pernas joelhos fletidos.



3ª Posição inicial: sentada com os joelhos fletidos e as costas direitas.



4ª Posição inicial: de joelhos com as mãos paralelas aos ombros e apoiadas no chão (Como um gato assanhado que ao soprar arqueta a coluna).



Repetir cada exercício pelo menos 2 séries de 10 repetições por dia.

Podem ainda realizar cerca de 150 minutos de atividade física aeróbia de intensidade moderada durante a semana e, em 2 ou mais dias, deve desenvolver atividades de fortalecimento muscular.

Alguns exercícios que também pode realizar



Deve fazer séries de 10 repetições e respirar calmamente enquanto os realiza.

O retomar da atividade física no pós-parto tem muitos benefícios. Não só acelera o retorno do seu corpo ao que era antes de engravidar, como ajuda a diminuir o stress, a dormir melhor e a aumentar a sua autoestima.

A atividade física e a prática de alguns exercícios físicos específicos devem ser iniciados o mais cedo possível, ou seja, assim que se sintam bem.

Exercícios físicos específicos para continuar no pós-parto

Alguns exercícios físicos devem ser reiniciados assim que se sintam bem, ou seja logo nos primeiros dias após o nascimento do seu bebé.

Os exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico são parte importante desses exercícios.

Fortalecimento do pavimento pélvico (Exercícios do Kegel)

Posição inicial: deitada de barriga para cima e joelhos flexionados.

Como fazer: concentre-se na sua vagina, ânus e músculos à volta.

Contrai os músculos da vagina, como se estivesse a reter urina e permanece assim cerca de 10 segundos. De seguida, relaxe num período de tempo igual. Faça o mesmo com os músculos do ânus.

Deve repetir este exercícios várias vezes por dia.

ATIVIDADE FÍSICA NO PÓS-PARTO



Imagem: <http://www.kinnymom.com/fitness-workout/>

Bibliografia

PECTAL, Sónia. « Qualidade percebida e peso da parturiente antes de dar à luz». Lisboa: Angulard Editora, 2016, p. 130-135

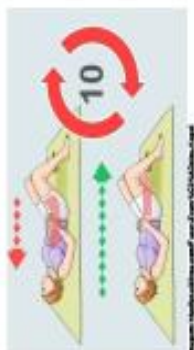
LORENZINI, Dora L; PEREIRA, Bruna E. « Atividade no pós-parto». 7ª ed. Lameira: Lameira, 2016, p. 10-12



Elaborado por: Est.ª Nélia Silva, 1.ª CPLESMO - ESEL

Orientado por: EESMO Maria João Gomes e Prof. Mário Cardoso





**Fortalecimento dos
ativos e abdominais**

Estes exercícios vão ajudar na recuperação da firmeza dos músculos pélvicos e abdominais.

Posição inicial: deitada de barriga para cima e joelhos fletidos.

Como fazer: quando expira, imagine que tem um cinto com a fivela demasiado apertada que aproxima a sua púbis ao tórax. Quando inspira, relaxe suavemente toda essa zona.

De seguida, quando expira, junte as duas nádegas como se a fivela apertasse e as juntasse. Novamente quando inspira, relaxe essa região.

Deve realizar 2 séries de 8 a 12 repetições, com 30 segundos de intervalo.



comments: mailto:info@how.com www.2news4u.com

Mais tarde, cerca de 2 semanas depois ou quando se sentir pronta, pode iniciar os exercícios abaixo ilustrados.



Inspire profundamente pelo nariz e, posteriormente expire lentamente enquanto contrai os músculos abdominais por 3 a 5 segundos. Relaxe.



Inspire profundamente e enrole a bacia para trás através da elevação dorsal. Expire lentamente e mantenha a contração dos músculos abdominais e das nádegas por 3 a 5 segundos. Relaxe.



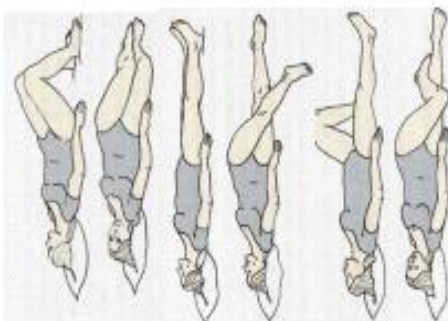
Com os braços esticados, eleve lentamente as nádegas e arqueie as costas. Regresse à posição inicial lentamente.



Com os braços esticados num ângulo de 90° em relação ao corpo, levante os braços de forma a tocar com uma mão na outra.



Inspire profundamente e junte o queixo ao peito. Enquanto isso levante a cabeça e leve os braços aos joelhos. Retorne à posição inicial lentamente. Relaxe.



Rolar lenta e suavemente para ambos os lados até local no chão e voltando posteriormente à posição inicial.

Primeiro fletindo os joelhos. De seguida com uma perna fletida e outra esticada, fazendo o exercício rodando a perna fletida. Finalmente com ambas as pernas esticadas, elevando uma delas e rodando-a até tocar no chão do lado oposto.

bioRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2019.05.20.256411>; this version posted May 20, 2019. The copyright holder for this preprint (which was not certified by peer review) is the author/funder, who has granted bioRxiv a license to display the preprint in perpetuity. It is made available under aCC-BY-NC-ND 4.0 International license.



Caso não existam contraindicações médicas cerca de 4 semanas depois, pode iniciar outras atividades como caminhadas, corrida, nadar ou andar de bicicleta.

Benefícios da Prática de Atividade Física durante a Gravidez

Melhoria da dor lombar.

Prevenção da pré-eclâmpsia

Diminuição dos níveis de glicose em mulheres com Diabetes Mellitus Gestacional.

Controlo do peso materno e do peso excessivo das grávidas com obesidade.

A intensidade da ansiedade relativamente ao Trabalho de Parto é significativamente mais baixa nas participantes das aulas de condicionamento físico.

Diminuição do tempo de recuperação pós-parto.

Diminuição da taxa de cesarianas e de partos vaginais instrumentalizados.

Redução do tempo e melhor eficiência do primeiro estágio do Trabalho de Parto.

Maiores incidências de perineo íntegro e redução de lacerações de segundo grau.

A frequência cardíaca é mais baixa durante o Trabalho de Parto.

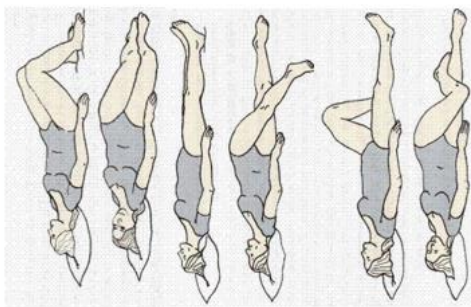
[illegible]

Apêndice 5 – Folheto Atividade Física no Pós-parto

ATIVIDADE FÍSICA NO PÓS-PARTO



Imagem: <http://www.skinnymom.com/stroller-fitness-workout/>



Rolar lenta e suavemente para ambos os lados até tocar no chão e voltar à posição inicial.

Primeiro fletindo as pernas.

De seguida com uma perna fletida e outra esticada, fazendo o exercício rodando a perna fletida.

Finalmente com ambas as pernas esticadas, elevando uma delas e rolando-a até tocar no chão do lado oposto.

Imagens: http://finanet.ufmu.edu.ua/istat/ku/evel/external/physiology/2/classes_suailew/nurse/adm/pt/2/Nursing%20Care%20of%20Childbearing%20Family_Practicum08%20Postpartum%20physiology.htm



Caso não existam contra-indicações de saúde cerca de 4 semanas depois, pode iniciar outras atividades como caminhadas, corrida, nadar ou andar de bicicleta.

Elaborado por: Enf.ª Nélia Silva, 7.ª CPLEESMO - ESEL
Orientado por: EESMO Filomena Pataca e Prof. Teresa Félix



Logo após o nascimento do seu bebé, pode iniciar atividade física para recuperar a firmeza dos músculos pélvicos e abdominais.

Não havendo contraindicações e sentindo-se bem, a prática de atividade física e, de alguns exercícios físicos específicos, deve ser iniciada o mais cedo possível.

A prática de atividade física, não só acelera o retorno da sua forma física mas também, ajuda a diminuir o stress, a dormir melhor e a aumentar a sua autoestima.

Exercícios físicos para iniciar ou continuar no pós-parto

Os seguintes exercícios ajudam a voltar a estar em forma. Se já os realizava durante a gravidez pode continuar a realizá-los.

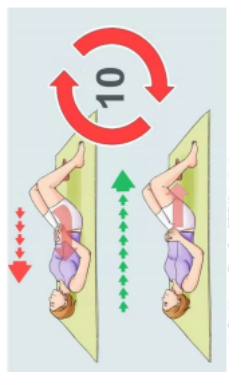
Fortalecimento do pavimento pélvico (Exercícios de Kegel)

Posição inicial: deitada de barriga para cima e pernas fletidas.

Como fazer: foque a sua atenção na região do períneo.

Contraia os músculos da vagina, como se estivesse a reter urina e permaneça assim cerca de 10 segundos. De seguida, relaxe num período de tempo igual. Faça o mesmo com os músculos do ânus.

Deve repetir este exercícios várias vezes por dia.



Fortalecimento dos músculos pélvicos e abdominais

Estes exercícios vão ajudar na recuperação da firmeza dos músculos pélvicos e abdominais.

Posição inicial: deitada de barriga para cima e pernas fletidas.

Como fazer: quando expira, imagine que tem um cinto com a fivela demasiado apertada que aproxima a barriga das costas. Quando inspira, relaxe suavemente toda essa zona.

De seguida, quando expira, junte as duas nádegas como se a fivela apertasse e as juntasse. Novamente quando inspira, relaxe essa região.

Deve realizar 2 séries de 8 a 12 repetições, com 30 segundos de intervalo.

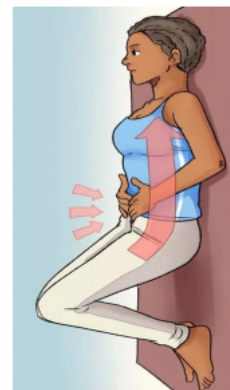
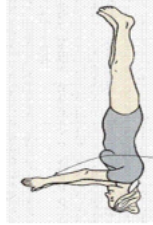


Imagem: <http://pt.wikihow.com/Fazer-Exerc%C3%92cios-de-Kegel>

Pode iniciar os exercícios abaixo ilustrados cerca de 2 semanas após o parto, se este foi parto vaginal e, 4 semanas depois, no caso de ter sido cesariana. Mas tem de se sentir confortável.



Inspire profundamente pelo nariz e, depois expire lentamente enquanto aperta os músculos abdominais por 3 a 5 segundos. Inspire e relaxe.



Com os braços esticados num ângulo de 90° em relação ao corpo, levante os braços de forma a tocar com uma mão na outra. Desça lentamente e relaxe.



Inspire profundamente e empurre a bacia para trás. Expire lentamente e mantenha os músculos abdominais e nádegas apertadas por 3 a 5 segundos. Relaxe.



Inspire profundamente e junte o queixo ao peito. Enquanto isso levante a cabeça e leve os braços aos joelhos. Retorne à posição inicial lentamente. Inspire e relaxe.



Com os braços esticados, eleve lentamente as nádegas e arqueie as costas. Regresse à